

416

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

Ernest CAILLAUD

Né à Mons (Puy-de-Dôme), le 10 septembre 1870

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-COLIQUES
NÉPHRÉTIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. DELBET, professeur.
TUFFIER, GLEY, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

Ernest CAILLAUD

Né à Mons (Puy-de-Dôme), le 10 septembre 1870

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-COLIQUES
NÉPHRÉTIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. DELBET, professeur.
TUFFIER, GLEY, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	FOUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BEAUGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	RETTERRER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MA GRAND-MÈRE

Hommage de profonde affection

A MONSIEUR GILBERT LE GUAY

Hommage d'affection et de reconnaissance

A MON MAITRE, MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé de la Faculté de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

« Le syndrome, caractérisé par une vive douleur
« lombaire, sans augmentation de volume du rein, avec
« irradiation sur le trajet de l'uretère, rétraction du testi-
« cule chez l'homme, symptômes réflexes, constipation, vo-
« missements, oligurie ou anurie, le tout disparaissant
» brusquement après plusieurs heures ou plusieurs jours,
« est connu sous le nom de colique néphrétique. Il est gé-
« néralement et trop souvent regardé comme l'expression
« clinique de la lithiase rénale. Or, nous avons eu souvent
« l'occasion d'observer que des états pathologiques fort
« nombreux peuvent simuler à s'y méprendre les coliques
« symptomatiques de la lithiase rénale. Nous donnerons
« à ces accès douloureux le nom de *pseudo-coliques*
« *néphrétiques*, car ils revêtent exactement les mêmes
« allures cycliques que la lithiase urétérale ».

Tels sont les termes dans les quels s'exprimait M. le Dr Tuffier en tête d'un article de la semaine médicale d'octobre 1893.

En ces quelques lignes notre maître attirait l'attention sur un sujet encore assez peu connu et dont l'intérêt ne saurait échapper au clinicien.

Voilà un syndrome : la colique néphrétique, qui loin d'appartenir en propre à la lithiase rénale, se retrouve dans d'autres affections, aussi nombreuses que différentes entre elles. La connaissance de ce fait est évidemment de grande importance pour le médecin et surtout pour le chirurgien pour éclairer le diagnostic, fixer le pronostic, et régler le traitement médical ou chirurgical suivant les cas. Quelle différence en effet entre un calcul du rein et une tumeur maligne de cet organe, entre un calcul du rein et un anévrysme de l'aorte abdominale !

Ce sont là cependant des affections qui peuvent posséder en commun cette même expression clinique : la colique néphrétique.

On conçoit à combien d'erreurs on pourrait être exposé si l'on avait pas présentés à l'esprit toutes les maladies qui peuvent ainsi en imposer pour de la lithiase rénale, si l'on s'en tenait au seul symptôme colique néphrétique, sans prendre soin d'analyser les autres phénomènes concomittants. Quelles sont donc les autres maladies capables de simuler le calcul rénal ? Comment peut-on les différencier de ce dernier ?

Voilà ce que nous nous sommes surtout efforcés de rechercher et de mettre en lumière dans ce travail.

Pour nous guider dans cet exposé voici l'ordre que nous comptons suivre :

Après avoir fait l'historique de la question nous passerons en revue les différentes cas de pseudo-coliques néphrétiques qui ont paru jusqu'ici dans la science en y

joignant ceux que nous possédons d'inédits. Dans une deuxième partie nous essayerons d'élucider le mécanisme qui préside à leur apparition, leur pathogénie.

En troisième lieu nous nous demanderons comment on peut arriver à diagnostiquer chaque variété de pseudo-colique néphrétique en la différenciant de la colique d'origine calculeuse.

Enfin dans un dernier chapitre nous dirons un mot du traitement de certains cas particuliers d'origine purement nerveuse.

Avant de terminer cet avant-propos, nous tenons à remercier ici les maîtres qui ont contribué à notre instruction médico-chirurgicale.

M. le Docteur Guyot médecin à l'hôpital Beaujon.

M. le Docteur Théophile Anger, chirurgien au même hôpital.

Nous adressons surtout nos remerciements à M. le Dr Tuffier qui a toujours été pour nous un maître plein de bienveillance, pendant que nous avons été externe dans le service où il remplaçait M. Théophile Anger. C'est à son instigation que nous devons d'avoir entrepris ce travail, pour lequel il a mis à notre disposition avec la plus grande obligeance, renseignements et observations.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre vive gratitude

M. le professeur Tillaux nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il nous permette de lui en exprimer toute notre reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0051

CHAPITRE PREMIER

Historique (1)

Les faits de pseudo-coliques néphétiques ont été signalés depuis longtemps. Le premier que nous trouvons mentionné appartient à *Galien*. Cet auteur raconte qu'il ressentit un jour sur le trajet de l'uretère une douleur très vive et semblable à celle que produirait un corps aigü qui percerait le ventre : il pensa qu'une pierre rénale était engagée dans ce conduit. Il prit des lavements d'huile de rhue et la douleur se calma. Il jugea après le soulagement qu'il éprouva qu'une pierre n'était pas la cause de son mal et que les reins et les uretères n'étaient pas affectés.

Boerhave dit avoir observé sur lui-même un fait analogue.

Sauvage (1768) ; *Sydenham* (1769) parlent de la néphralgie hystérique.

Alibert en 1817 établit la classification des néphralgies ; il en admet trois espèces : néphralgie calculeuse, néphralgie spasmodique et néphralgie goutteuse.

(1) La première partie de ce chapitre est en grande partie empruntée à l'article de M. Leguën. (*Annales genito-urinaires*) 1891, page 564.

En 1767, *Baraillon* avait publié un cas de maladie caractérisée par une douleur aigue dans le flanc gauche et dans la région du rein sans gravelle.

En 1829 *Strambio* cite un cas de névralgie lombaire guérie par l'acupuncture et prise pour une néphralgie calculeuse.

En 1822 *Boyer* dit que les douleurs de la néphrite calculeuse peuvent être simulées par les maladies des organes voisins. Il cite le rhumatisme lombaire ; les squirrhes, abcès et pierres du pancréas, du mésentère ; la rate squirrheuse, déplacée et couchée sur le rein ; des tumeurs des intestins, et enfin l'hystérie.

En 1830 *Téale* parle de la néphralgie essentielle du rein, en dehors de la lithiase et en tant que névrose même de l'organe. La même année *Chopart* signale aussi l'hystérie comme pouvant simuler le calcul rénal.

En 1841 *Royer* conteste la néphralgie essentielle.

Cependant en 1851 *Sandras* donne une description complète et détaillée de ce qu'il appelle la névralgie des reins et essaye de la distinguer de la colique néphrétique.

Quelques années plus tard (1860) *Texier de Villefa-
gnon* se livre de nouveau à une étude plus soignée des signes cliniques qui caractérisent la névralgie rénale et qui la distinguent de la lithiase.

Malgré cela *M. Laboulbène* ne fait que mentionner tellement elles sont rares, dans sa thèse d'agrégation les névralgies rénales (1860).

Cinq ans après (1875) *Lecorché* défend encore l'exis-

tence de la néphralgie simulatrice de colique néphrétique contre les prétentions de *Vallein* qui l'englobe dans les névralgies ileo-lombaires.

En 1879 *Maurice Raynaud* publie une observation curieuse de pseudo-colique néphrétique au cours de l'ataxie-locomotrice.

En 1878 *Mathews Duncan* apporte de nouveaux faits.

Dans les années qui suivent plusieurs observations viennent encore s'ajouter aux précédentes :

En 1882 *L. de Beurmann* publie un cas de colique néphrétique dûe au passage d'un kyste hydatique.

En 1885 *Morris* cite un cas d'hystérie et *Kirkham* un cas d'infection paludéenne s'accompagnant de pseudo-colique néphrétique.

En 1887, *Harrisson Young*.

En 1888, *Thiriar*, dans la Revue de chirurgie et *Guillet* (thèse de Paris), viennent grossir le contingent des faits qui nous intéressent. Citons aussi *Ralfe*.

L'année 1889 est une date importante pour l'histoire de la question qui nous occupe. Nous y trouvons en effet, d'abord une observation très intéressante de *Sabatier*, et un mémoire de *Mac Lane Tiffany*, qui rassemble vingt-et-une observations de coliques néphrétiques sans calculs. Ces observations sont loin d'avoir toutes la même valeur pour le point de vue qui nous occupe. Quelques-unes sont en effet incomplètes : les malades n'ayant pas été suivis assez longtemps, ou les symptômes n'ayant pas été analysés d'une façon assez approfondie. Néan-

moins, il en reste un certain nombre qui viennent bien nettement à l'appui de notre thèse.

En 1890, nous trouvons une note de *J. Cyr*, dans les archives générales de médecine, et un cas de pseudo-colique par rein mobile, de *M. le docteur Tuffier*, dans les mêmes archives.

En 1891, paraissent des observations de *Schell*, *d'Allen*, traitant de pseudo-coliques dues à des kystes hydatiques et à l'hystérie, de *M. le docteur Tuffier* (*Semaine médicale*), cas de rein mobile, et enfin un important travail de *Legueu*, publié dans les *Annales génito-urinaires*.

Dans ce travail, l'auteur s'attache à démontrer l'existence d'une névralgie rénale idiopathique, capable de simuler la colique néphrétique calculeuse ; il donne les bases du diagnostic des deux affections, et il règle l'intervention.

En 1893, nous devons signaler une observation de tuberculose rénale de *M. le docteur Tuffier*, dans les *Annales génito-urinaires*, et du même auteur, un important article dans la *Semaine médicale*, que nous avons cité au début de ce travail, et où, à propos d'un cas de pseudo-colique néphrétique par rein mobile, notre maître donne la définition de ces pseudo-coliques, et s'étend à quelques considérations générales, sur leur division et leur pathogénie.

Si à cela nous joignons quelques indications prises.

dans la thèse de *Navarro* (Paris, 1894), nous aurons énuméré toute la série des travaux publiés sur la question.

En résumé, ce qui se dégage de cet exposé historique, c'est qu'un assez grand nombre de faits ont été publiés, concernant le sujet qui nous intéresse, mais ces faits sont disséminés, épars dans une foule de journaux et revues. Nulle part, ils n'ont été groupés, reliés les uns aux autres pour former une œuvre d'ensemble qui nous permette d'envisager dans leur multiplicité et leur variété, tous les cas dans lesquels peuvent apparaître les pseudo-coliques néphrétiques. C'est là précisément ce que nous avons tenté de faire et ce que nous allons exposer dans le chapitre suivant.



CHAPITRE II

Des différents états pathologiques capables de simuler la colique
néphrétique calculeuse.

Dans ces différentes maladies nous devons distinguer deux groupés : *Un premier* dans lequel les affections génératrices de pseudo-coliques néphrétiques n'ont jamais porté sur le rein, et où cet organe a été reconnu absolument sain et intact ; *un deuxième*, dans lequel entrent des affections qui pour ne pas être d'origine calculeuse n'en sont pas moins des maladies rénales, et où cet organe est lésé d'une façon ou d'une autre.

1^o GROUPE

AFFECTIONS INDÉPENDANTES DU REIN (*Rein sain.*)

Après avoir cité les maladies générales, nous classerons les autres affections d'après les grands appareils de l'économie dont elles dépendent, et cela pour faciliter simplement l'énumération, sans nous dissimuler ce que cela peut présenter d'artificiel dans certains cas.

I. — *Maladies générales.*

Fièvre intermittente. — La fièvre intermittente est la seule maladie générale que nous ayons trouvé signalée comme ayant donné lieu à de fausses attaques de coliques néphrétiques. Mais cette action de la maladie n'en est pas moins indiscutable, certaine. Nous n'en voulons comme preuve que l'observation I due à Kirkham que l'on trouvera reproduite toute au long à la fin de ce travail.

Il s'agit d'un malade ayant eu des fièvres intermittentes qui fut pris brusquement d'accès de douleurs simulant parfaitement la colique néphrétique qui survenaient à intervalles réguliers et qui étaient suivies de sueurs profuses. Rien d'anormal dans les urines, pas de sang, de pus, d'albumine, ni de dépôt. Légère sensibilité du rein à l'examen.

Ici, il est vrai, le rein n'a pas été mis à nu et on ne s'est pas assuré de visu de l'absence de calcul. Néanmoins il nous semble que l'on peut conclure avec l'auteur que « les attaques de fièvres antérieures le retour périodique des symptômes, l'élévation de température pendant les accès, la cessation rapide par l'usage de la quinine, peuvent justifier le diagnostic porté de névralgie due à un empoisonnement palustre.

A cette observation de Kirkham nous en joignons trois autres d'Harrison Younge, de Texier (de Villefagnon) et de Mignot qui nous paraissent également démonstratives. (V. obs. II, III, IV.)

II. — *Appareil circulatoire.*

Parmi les maladies de cet appareil ce sont surtout les anévrysmes qui fournissent le plus fort contingent de pseudo-coliques néphrétiques. C'est d'abord dans un cas de Rayer un anévrysme de l'aorte thoracique. Nous allons reproduire cette observation in-extenso car elle est particulièrement concluante, l'autopsie ayant été faite.

OBSERVATION V

Rayer. Maladie des reins t. III, p. 601, (prise dans Legueu (loc. cit.)

« J. L..., 46 ans, entre à la Charité en juillet 1889 pour douleurs vives dans le dos et dans les reins. Le cœur est volumineux : on entend deux larges bruits de souffle dans l'aorte. Douleurs dans la région du foie et surtout dans le rein droit. La douleur avait aussi un siège moins limité et s'étendait à une grande partie du dos et des lombes. La vessie n'était pas douloureuse : l'urine claire et peu acide sortait facilement et sans douleur ; pas d'envies de vomir, ni d'engourdissements, ni de douleurs dans la cuisse du côté droit. La douleur du rein droit presque continue, s'aggravait par intervalle. Repos, bains, ventouses scarifiées.

Plus tard, persistance de ces douleurs violentes du rein; elle croit se rappeler qu'elle a rendu un peu de sable dans les urines il y a 18 mois. Ces douleurs excessivement violentes persistent jusqu'à la mort.

Autopsie. — Anévrysme d'aorte ouvert dans la plèvre. Les

deux reins ont à peu près leur volume ordinaire. A la surface du rein droit, vers le milieu du bord convexe existe une petite vésicule, qui contient un liquide jaunâtre, transparent, un peu plus bas, on voit deux dépressions de couleur foncée. Au-dessous de ces dépressions, la substance corticale, moins épaisse, est très dure et blanchâtre. Du reste le *rein droit et le rein gauche sont sains*.

Après l'aorte thoracique, l'anévrysme de l'aorte abdominale (Obs. VI); l'insuffisance aortique (Obs. VII) peuvent aussi simuler les crises néphrétiques.

III. — *Appareil digestif*

Les maladies du duodénum ont été signalées par Ralfe, parmi les maladies de l'appareil digestif comme pouvant simuler la colique néphrétique.

« Si l'on considère, dit cet auteur, les rapports anatomiques du duodénum et du rein droit, on ne sera pas surpris de trouver que plusieurs états morbides de cette portion de l'intestin puissent donner lieu à des douleurs simulant la néphralgie d'origine calculeuse.

« C'est ce qui s'est produit chez un malade que M. Cursham Corner me pria d'examiner. Ce malade avait plusieurs symptômes de colique rénale, notamment des attaques de douleurs paroxystiques accompagnées de vomissements, d'une grande sensibilité à la pression dans la région du rein droit.

« L'urine était chargée d'acide urique et troublée par du mucus. Pas de sang ni de pus. M. Corner n'était pas

« fixé sur le cas, mais il penchait plutôt pour un calcul du
« rein. Ce fut aussi mon avis au premier abord. Mais
« après une enquête minutieuse, nous trouvâmes que les
« attaques de douleurs étaient en relation constante avec
« l'alimentation et que les vomissements n'étaient pas
« aussi purement réflexes qu'ils le sont généralement
« dans une colique rénale; ils contenaient au contraire
« des aliments non digérés, si bien que le malade dé-
« rissait rapidement. En conséquence, nous arrivâmes à
« penser à un ulcère du duodénum et sans exclure la pos-
« sibilité de la présence d'une pierre nous instituâmes le
« traitement d'usage. Nous ajoutâmes à ce traitement de
« fortes doses de bismuth et une légère diète farineuse.
« Sous l'influence de ce traitement, le malade recouvra
« complètement la santé. Sa douleur disparut bientôt
« après le début du traitement. Après ce rétablissement
« l'hypothèse d'un calcul ne nous parut plus admissible ».
(Obs. VIII).

Ralfe cite encore comme pouvant produire des fausses coliques néphrétiques la lithiase biliaire, mais ce qu'il rapporte ne nous paraît pas très probant. Il n'en est pas de même de ces quelques lignes publiées dans les archives générales de médecine, 1890, par J. Cyr.

« Nous avons vu, dit-il, dans quelques cas la douleur
« provoquée par la colique hépatique siéger uniquement
« ou principalement en arrière dans la région lombaire
« droite. Un des cas les plus remarquables de lithiase bi-
« liaire que nous ayons observé, remarquable par sa vio-

« lence et sa tenacité, présentait précisément cette particularité, au point que nous aurions pu croire avoir affaire à des crises de coliques néphrétiques, si nous n'avions vu les calculs rendus antérieurement par ce malade dans des crises absolument identiques. Du reste nous ne nous appuyons dans ce travail que sur des cas non douteux et dans lesquels il y a eu des calculs éliminés ». (Obs. IX).

IV. — *Appareil génito-urinaire*

Ici se place une série de faits des plus intéressants. Il s'agit d'abord des cas dans lesquels on observe une crise douloureuse dans le rein d'un côté, le côté droit par exemple, alors que cet organe est sain et que c'est l'autre, le gauche, qui est malade.

A ce propos Knowsley Thornton (communication faite à la clinical society of London, 1887) rapporte le fait suivant : « Une jeune fille souffrant de crises néphrétiques du côté droit avait vu deux médecins qui avaient diagnostiqué un calcul du rein droit. Elle vint en dernier ressort voir l'auteur.

« Celui-ci après une incision abdominale ne constata la présence d'un calcul que dans le rein gauche. Il l'enleva ultérieurement par une incision lombaire ; depuis lors, à part une légère crise, les douleurs ont été supprimées par l'opération ; elles n'ont pas reparu, et il en conclut que les douleurs du côté droit étaient la conséquence réflexe du calcul rénal gauche. » (Obs. X).

Après le réflexe reno-rénal on a signalé des cas où l'on avait été induit en erreur par un réflexe partant de la vessie, vésico-rénal.

Morris (*Surgical diseases of Kidney* London, 1836) cite trois cas où des malades ayant été examinés par quelques-uns des meilleurs chirurgiens de Londres étaient venus le trouver pour des douleurs rénales, et lui demander d'explorer leur rein. Avant de procéder à une incision exploratrice, Morris crut utile de pratiquer un nouvel examen de la vessie et découvrit dans les trois cas des pierres volumineuses méconnues.

Legueu (*Annales génito-urinaires*, 1891) dit aussi avoir observé à la clinique de Necker un malade de vingt ans qui ne se plaignait que du rein gauche. L'examen lui révéla la présence d'un calcul vésical dont rien dans l'histoire du malade ne révélait l'existence.

Les lésions de la prostate peuvent aussi comme celles la vessie faire penser au calcul rénal.

Morris (*loc. cit.*) cite encore le cas d'un homme qui se plaignait d'une douleur vive dans la région du rein ; la douleur, les troubles de la miction pouvaient à la rigueur se rattacher à la pierre rénale. Mais on trouva une prostate indurée et douloureuse : l'incision rénale fut ajournée et, quelques temps après, un abcès de la prostate se développait qui avait été le point de départ du réflexe vésico-rénal.

Il n'est pas jusqu'aux simples troubles de la sécrétion urinaire qui ne puissent donner lieu à des pseudo-coliques

néphrétiques. Morris (loc. cit.) dit : « La simple acidité de l'urine peut chez un goutteux provoquer des symptômes simulant absolument ceux d'un calcul : albuminurie, hématuries légères, pyuries avec douleurs testiculaires. »

Les deux derniers ordres de faits que nous venons de signaler : maladies vésicales et troubles fonctionnels de la sécrétion urinaire ne sont pas absolument concluants à notre point de vue, car dans aucun l'absence de tout calcul rénal n'est démontrée. Néanmoins s'ils ne peuvent entraîner une certitude absolue ils nous paraissent déterminer de fortes présomptions. C'est pourquoi nous avons cru intéressant de les exposer.

Nous devons encore signaler parmi les maladies du groupe qui nous occupe, le phlegmon périnéphrétique. (Obs. X bis et X ter).

V. — *Système nerveux.*

Parmi les maladies du système nerveux capables de donner lieu à des pseudo-coliques néphrétiques, nous devons distinguer deux catégories : les unes s'accompagnant de lésions organiques ; les autres sans lésions organique, névroses pures.

Dans la première catégorie nous citerons d'abord l'ataxie locomotrice que nous trouvons mentionnée dans deux observations, l'une de Maurice Raynaud (obs. XI) ; l'autre de Péan (obs. XII).

Le cas de Maurice Raynaud est surtout démonstratif.

Là, en effet, il y avait eu des accès de coliques néphrétiques très nets avec rétention d'urine plus ou moins complète. Le malade mourut. L'autopsie fut faite ; elle révéla une sclérose médullaire mais ne permit de découvrir aucune altération appréciable du rein, que l'auteur n'hésite pas à regarder comme normal. Les calices, les bassinets, les uretères étaient dans un état d'intégrité parfaite et ne contenaient aucune trace de gravelle ni de calculs.

Après les lésions du centre médullaire, les lésions des nerfs périphériques peuvent aussi donner lieu à de pseudo-coliques néphrétiques.

A preuve une observation de Mac-Lane Tiffany que nous allons reproduire :

OBSERVATION XIV

Mac Lane Tiffany, *annals of surgery* 1889. p. 104. (Obs. VI).

« Femme de 32 ans. Après la naissance de son dernier
« enfant, elle a éprouvé une douleur dans la vessie et dans la
« région lombaire gauche. Hématurie ; mictions fréquentes. Le
« diagnostic porté était : calcul probable ayant donné naissance
« à un abcès. Opération : incision lombaire ; pas de calcul, mais
« une petite portion de l'apophyse transverse d'une vertèbre
« était érodée.

On conçoit, bien que cela ne soit pas spécifié dans l'observation comment cette altération de la vertèbre avait pu atteindre les nerfs voisins et donner lieu aux douleurs éprouvées.

Ce que l'on conçoit moins bien, ce qu'il est plus difficile d'expliquer, ce sont les faits qu'il nous reste à étudier maintenant et dans lesquels les douleurs de coliques néphrétiques ne peuvent être attribuées ni à une affection d'un organe quelconque ni à une altération anatomique d'une partie du système nerveux. Ces faits nous avons cru pouvoir les considérer comme des manifestations de névrose. Legueu les a particulièrement bien étudiés et il les désigne sous le nom de névralgies rénales idiopathiques ou essentielles.

Mais nous dira-t-on quelles sont les raisons qui peuvent faire croire qu'il s'agit là de névrose ?

D'abord l'impossibilité de trouver toute autre cause aux symptômes éprouvés ; l'apparition et la disparition brusque de ces symptômes, suivie quelquefois d'un retour immédiat à un état de santé parfaite ; l'influence considérable de la suggestion pour les modifier, enfin leur présence chez des individus à antécédents personnels ou héréditaires névropathiques.

Pour nous faire bien comprendre, nous ne pouvons mieux faire que de citer ici une observation inédite que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Tuffier :

OBSERVATION XVI

« Eugénie F..., 35 ans, couturière, entrée le 27 septembre
« 1892 à l'hôpital Beaujon (salle Huguier).

« Antécédents personnels : a commencé à souffrir de la
« vessie depuis dix ans. Ne s'est pas soignée.

« La maladie remonte à deux ans. A ce moment, la malade
« fait une chute sur le côté, et elle attribue les douleurs qu'elle
« éprouve depuis, dans les reins et dans le ventre, à sa chute.
« Les douleurs éprouvées depuis lors siègent dans la région
« lombaire du côté droit et dans la vessie ; elles reviennent
« presque tous les jours, le plus souvent dans l'après-midi. La
« malade définit ces douleurs : de véritables coliques partant
« de la vessie et remontant vers le rein droit, coliques qui la for-
« cent à se courber en deux. Souffrance en urinant plus vive
« qu'auparavant.

« Reste quinze jours alitée. Son médecin lui fait mettre des
« cataplasmes de farine de lin avec du laudanum : amélioration.
« Les douleurs deviennent supportables et la malade recom-
« mence à travailler.

« Il y a six mois, les mêmes douleurs intolérables la repren-
« nent mais cette fois les douleurs sont beaucoup plus vives
« dans le rein que dans la vessie et les coliques semblent non
« plus partir de la vessie pour gagner le rein, mais aller de la
« région lombaire à la vessie.

« Même traitement que dix-huit mois auparavant. Les coli-
« ques ne cessent que pour revenir cinq ou six jours après.

« La malade s'alite au commencement de septembre et
« entre à Beaujon le 27.

« A son entrée : fréquentes envies d'uriner (au moins dix
« fois par jour). Après la miction, douleur dans l'urèthre. Au
« toucher, la région lombaire droite et le côté droit de l'abdo-
« men sont extrêmement douloureux. Le cathétérisme de la
« vessie est très douloureux, aucune sensation de calcul. Le
« lendemain de son entrée, on endort la malade pour la cathé-
« tériser de nouveau ; aucun résultat. La douleur est tellement

« vive du côté du rein qu'il y a lieu de penser à un calcul du
« rein ou de l'uretère. La malade demande à grands cris qu'on
« la soulage ; elle est très nerveuse. M. le D^r Tuffier se décide
« à faire une néphrotomie.

« Opération le 11 octobre. Dure vingt minutes. Le rein est
« attiré le plus possible au dehors de la plaie et piqué dans tous
« les sens ; aucune sensation de calcul.

« Suites opératoires : Pas d'élévation de température, sauf
« un jour à 38°.

« La malade ne dort pas pendant cinq nuits. Les douleurs
« sont aussi vives qu'avant l'opération pendant 5 à 6 jours, puis
« elles cèdent de jour en jour. La malade aurait pu sortir de
« l'hôpital le 1^{er} novembre tout à fait bien, si elle n'avait eu les
« oreillons. Elle sort le 10 novembre, ayant recouvré tout son
« appétit et ne souffrant plus du rein ni de la vessie. Urine
« normale.

« Ne reste plus qu'une très légère douleur après la mic-
« tion. »

Voilà donc une malade qui nous est présentée comme très nerveuse, et chez laquelle la suggestion a joué un rôle considérable.

La suggestion a agi à trois reprises différentes : les 2 premières fois en produisant une disparition des douleurs à la suite de cataplasmes laudanisés et la 3^e fois à la suite de l'opération. Dira-t-on que ces différentes actions thérapeutiques ont agi non pas d'une façon psychique, mais réellement en agissant directement sur la cause du mal ? Mais les cataplasmes laudanisés ont-ils l'habitude de faire

cesser aussi facilement des douleurs comme celles des coliques néphrétiques quand elles sont dues à une altération matérielle des organes. Ce n'est pas quelques gouttes de laudanum sur un cataplasme ce sont de fortes doses de morphine qui sont nécessaires pour produire de l'efficacité. Objectera-t-on encore à propos du résultat opératoire que dans ce cas c'est la révulsion énergique produite par la mise à nu et les ponctions répétées du rein qui a joué le principal rôle. Mais comment expliquer alors la disparition simultanée des douleurs lombaires et des douleurs vésicales, si on ne les considère pas comme des souffrances « sine materia ». Ce rôle curateur de la suggestion paraît s'être montré encore d'une façon très manifeste dans une observation de Legueu (loc. cit.) et qui peut se résumer ainsi :

OBSERVATION XVII

Il s'agit d'un homme de 26 ans à antécédents héréditaires et personnels névropathiques et alcooliques. Signes de calcul du rein gauche. Exploration du rein sans incision de cet organe. pas de calcul. Suites opératoires : amélioration du malade jusqu'au jour où une indiscretion détruit sa croyance qu'un calcul lui avait été enlevé. Soit cette raison, soit la crainte du malade de quitter la vie de l'hôpital à laquelle il s'était depuis longtemps habitué, à partir de ce moment retour des douleurs comme avant l'opération. »

Ces deux faits nous paraissent donc prouver comme Legueu s'est efforcé à le démontrer qu'il existe des pseudo-

coliques néphrétiques dûes à un simple état nerveux du rein.

Les deux cas cités sont d'ailleurs loin d'être des exceptions. Nous avons recueilli un grand nombre d'autres qui font le sujet de nos observations du n° XVIII au n° XXIX.

Ce qu'il y a de particulier dans ces crises néphrétiques d'origine névropathique, c'est la parfaite ressemblance qu'elles peuvent avoir avec les crises de calcul vraies.

Il n'est pas jusqu'à l'hématurie symptôme que l'on pourrait croire appartenir exclusivement à ces dernières qui ne se rencontre aussi dans les premières.

La fréquence de l'hématurie nous a même frappé, car dans 17 cas nous l'avons vu signalée sept fois. Elle figure en particulier d'une façon très nette dans la longue observation de Sabatier. (Obs. XVIII).

VI. — *Pseudo-coliques néphrétiques de cause inconnue*

Nous rangeons dans ce groupe tous les cas de coliques néphrétiques dans lesquelles aucun calcul n'a pu être incriminé, ni aucune autre affection quelconque. Plusieurs de ces cas auraient peut-être pu rentrer dans le groupe précédent s'ils avaient été plus détaillés.

Nous n'avons pas voulu en faire des pseudo-coliques d'origine névropathique, parce que les caractères déjà signalés qu'il nous semble nécessaire de trouver réunis pour affirmer ces dernières manquaient ici.

Ces faits qui font l'objet des observations depuis n°

XXX à n° XXXIX, ne peuvent prouver qu'une chose, c'est qu'il peut exister des coliques néphrétiques sans calcul. Aussi ne faisons-nous que les mentionner sans insister. Il nous reste maintenant à passer en revue les pseudo-coliques néphrétiques de cause rénale.

2° GROUPE

Affections rénales, autre que le calcul. (Rein malade)

Il n'est guère d'affections du rein qui ne puissent donner lieu aux crises néphrétiques, même celles qui sembleraient, en raison de leur bénignité devoir passer le plus facilement inaperçues.

I. *L'ectopie rénale* par exemple, même très peu accentuée, est capable de donner lieu à des douleurs paroxystiques extrêmement violentes. C'est ce qui se dégage de l'observation publiée par M. le Dr Tuffier dans la semaine médicale de 1893 (v. index bibl.) et dont voici le résumé :

OBSERVATION XL

« Malade entrée pour la deuxième fois salle Huguier, n° 7, à Beaujon. Forte, vigoureuse, possède un certain embonpoint pour son âge de trente-cinq ans. Le début des accidents remonte à deux ans. Pendant longtemps ce fut simplement un endolorissement de la légion lombaire droite, du flanc et de l'hypogastre. Depuis deux ans, des douleurs affectant une allure déterminée ont apparu et la date de ce début est bien précise, puisqu'elle concorde avec une chute sur le côté que fit la malade à ce mo-

ment. Ce traumatisme fut cependant léger, il ne nécessita aucune suspension de travail : il ne fut accompagné ni de fracture, ni d'ecchymose, il ne fut pas suivi d'hématuries. Malgré cela, les sensations douloureuses affectèrent dans la suite un caractère bien spécial et nettement précisé par la malade. A des époques variant de dix à quinze jours, cette femme est prise d'une douleur débutant dans la région lombaire droite, puis descendant vers le flanc et vers le pli de l'aîne. Cette douleur, d'abord sourde, devient bientôt « une véritable colique », très violente, accompagnée de sensation de torsion. Au moment des paroxysmes elle est vraiment atroce, immobilisant le tronc dans la situation mi-fléchie, arrachant souvent des cris et provoquant des vomissements. Ces crises durent de quelques minutes à une demi-heure, puis elles se calment pour reparaitre bientôt et l'accès dure de douze à vingt-quatre heures.

Ces accidents surviennent généralement quelques heures après le repas ; ils ne sont influencés ni par la marche, ni par la station debout ; leur retour périodique ne correspond pas au flux menstruel. Pendant la durée de l'accès les mictions sont fréquentes, mais les urines restent claires et il n'y a jamais eu ni hématurie, ni émission de sable ou de graviers.

Après l'accès l'urine est, au contraire, généralement pâle et un peu plus abondante : Une fois cet orage passé, le calme est absolu pendant un temps variable et il ne reste rien de l'état douloureux.

La marche de l'affection a été progressive, et, malgré les moyens thérapeutiques successivement employés, les accès sont devenus plus fréquents et les douleurs absolument intolérables. C'est ainsi qu'une crise a duré cinq jours en septembre dernier, et cependant le traitement mis en pratique fut très bien con-

duit. Les échecs de cette thérapeutique firent penser à une névralgie, et la malade fut traitée pendant deux mois dans un service de médecine comme neurasthénique ; c'est dans ces conditions qu'elle nous fût adressée.

Examen : analyse des urines, exploration de la vessie, résultat négatif. La pression sur le trajet de l'uretère, l'exploration vaginale de leur orifice vésical, ne révèle ni douleur spéciale, ni épaissement marqué. Au contraire la pression méthodique de la région lombo-abdominale droite, provoque de suite une douleur profonde et une contracture musculaire réflexe qui empêchent de pénétrer dans la profondeur de la région, et cette douleur persiste en s'atténuant pendant environ une heure ; il semble donc bien que c'est au niveau du rein que siège la cause des accès douloureux. Ne pouvant obtenir un relâchement complet de la paroi, on chloroforme la malade. Le rein droit est alors exploré ; son extrémité inférieure sentie au-dessous des fausses côtes et l'organe réduit facilement et complètement dans la loge sous-costale : Cette extrémité ne présente ni irrégularités, ni déformation, ni augmentation de volume. Toutefois cette dernière constatation est admise sous toutes réserves. Ce second examen longtemps prolongé et ayant nécessité une palpation assez complète du rein, n'est cependant suivie ni d'hématurie, ni même de douleurs. Les autres appareils de l'économie sont normaux et la santé générale restée excellente. Le diagnostic qui se présentait d'abord à l'esprit en s'en tenant aux données cliniques du moment était celui d'un « calcul retenu dans le bassin ». M. le Dr Tuffier rejeta cependant cette hypothèse et admit celle d'une « pseudo-colique néphrétique probablement symptomatique d'une mobilité anormale peu étendue, mais bien nette du rein droit.

Le traitemont médical fut institué sans aucun résultat.

Le 11 octobre 1892, intervention dont les divers temps ont été les suivants : chloroformisation, incision lombaire oblique, couche par couche, jusqu'au rein ; examen minutieux des différentes régions pour acquérir la certitude qu'il n'y avait aucune cause appréciable de névralgie ; isolement soigneux et palpation du nerf grand abdomino-génital qui paraît devoir jouer un rôle dans ces douleurs ; décortication du rein qui est mobile, mais absolument sain, ni volumineux, ni déformé ; exploration de son hile suivant le procédé de M. Tuffier, puis de ses faces, du bassinet et de l'uretère ; acupuncture en tous sens ; tous ces examens sont négatifs. Fixation de l'organe à la plaie, suture en étages de la paroi ; suture complète de la peau sans drainage.

Suites opératoires nulles. La malade se lève au bout de deux semaines sans avoir eu « aucune douleur depuis l'opération. »

« On la revoit un an après. Elle déclare qu'elle n'a jamais « souffert depuis sa sortie de l'hôpital. »

Nous avons voulu rapporter presque en entier cette longue observation parce qu'elle nous semble particulièrement nette et concluante. Ce qu'elle nous paraît présenter encore de très intéressant, c'est la disproportion constatée entre le léger degré d'ectopie et les douleurs très intenses qu'elle provoque et cela d'autant plus que l'on a vu des reins flotter librement des fausses côtes à la fosse iliaque sans déterminer de douleur.

Ceci nous amène à supposer que dans certains cas ce n'est pas au déplacement du rein qu'il faut attribuer la

plus grande part des douleurs, mais à l'état névropathique du sujet.

Il peut même arriver que ce soit la neurasthénie concomittante qui doive être seule incriminée, comme M. Tuffier l'a encore montré. (Archives générales de médecine, janvier 1890. Rein mobile et néphropexie).

Notre maître cite dans cet article le cas d'une malade présentant des crises douloureuses dans le rein gauche pouvant simuler un peu les crises néphrétiques, et chez laquelle il constate l'existence d'une ectopie rénale du même côté. M. Guyon à qui le malade fut présentée quelque temps après, fit la même constatation. Pensant que le déplacement rénal était la cause de tout le mal, on prescrivit un bandage contentif de la glande la maintenant parfaitement. Aucun résultat. Un traitement tonique fut alors institué et deux mois après la malade ne souffrait plus et avait pu supprimer le bandage. Le rein examiné fut reconnu cependant encore mobile.

II. *L'hydronéphrose* après le rein mobile est souvent cause de pseudo-coliques néphrétiques, Nous en citons un cas de Bruce Clarke (obs. XLII). Ce fait est loin d'être une exception. Dans la thèse de Navarro (Paris 1884, Contribution à l'étude des hydronéphroses), on trouve un grand nombre d'exemples d'hydronéphroses par rein mobile dont les symptômes douloureux rappellent la crise calculuse. On peut en juger d'après le schéma de cette crise que l'auteur indique en quelques lignes : « Schématique-
« ment les caractères de la crise d'hydronéphrose par rein

« mobile peuvent être tracés de la façon suivante : à l'oc-
« casion d'un effort, d'un mouvement brusque, la malade
« qui est presque toujours une femme, se plaint d'une
« forte douleur dans la région du rein droit. La douleur
« s'irradie surtout le long de l'uretère, mais reste localisée
« au côté droit de l'abdomen ; elle s'accompagne souvent
« de troubles sympathiques, vomissements, transpiration,
« tendance à la syncope ».

III. — *La Pyonéphrose* rentre aussi dans le cadre des
maladies que nous étudions. Cela se dégage de l'observa-
tion XLIII.

IV. — *La pyélite* nous fournit aussi quelques cas de
pseudo-coliques néphrétiques. Nous en citerons deux, l'un
de Mac-Lane Tiffany (obs. XLIV) ; l'autre de Ralfe (in
Legueu). Dans ce dernier il s'agit d'une malade opérée par
Belfied, chez laquelle tous les signes réunis d'un calcul
du rein avaient conduit à opérer. L'opération permit de
reconnaître l'intégrité du rein. Mais dans le bassinnet la
muqueuse était rude, dure, ulcérée ; on évacua quelques
grumeaux de pus. Il s'agissait bien d'une pyélite, mais là
encore, comme le fait remarquer Legueu, les lésions
n'étaient pas en rapport avec l'intensité de la douleur.
L'élément névropathique doit être considéré comme étant
intervenu, d'autant plus que la malade nous est présentée
comme dyspeptique, nerveuse, sujette aux névralgies.

V. *Les tumeurs du rein* jouent aussi un rôle important
dans la production des pseudo coliques néphrétiques. Ce
sont d'abord les *kystes hydatiques* dont nous avons recueilli

deux observation (obs. XLV et XLVI), d'autres tumeurs bénignes telles que fibrome (obs. XLVII) et adénome végétant (obs. XLVIII), et enfin les tumeurs malignes (obs. XLIX).

VI. — *La tuberculose rénale* (obs. L, LI, LIII et enfin VII *la syphilis* (obs. LIII), voilà les maladies qui terminent la liste des causes, nombreuses comme on vient de le voir, de pseudo-coliques néphrétiques.



CHAPITRE III

Pathogénie.

Si les causes les plus variées peuvent produire la pseudo-colique néphrétique, le mécanisme suivant lequel elles agissent doit être différent également suivant les circonstances.

Malgré cela nous pouvons cependant distinguer tout de suite deux cas, selon que l'uretère est ou n'est pas oblitéré.

Dans le premier cas, quelle que soit d'ailleurs la cause de l'oblitération, la pathogénie est la même que celle de la lithiase rénale. C'est sur le compte de la distension urétéro-rénale que l'on doit mettre l'apparition des accidents douloureux. C'est de cette façon que l'on peut expliquer les crises survenant par exemple dans les kystes hydatiques, les tumeurs s'accompagnant d'hématurie, les hydro et pyo-néphroses, etc... Que ce soit un hyste, un caillot sanguin, un amas de substance purulente ou caséeuse, une coudure de l'uretère, il s'agit toujours en définitive d'une même chose : un obstacle opposé au cours de l'urine semblable à celui que peut apporter un calcul. Aussi est-il bien naturel de voir apparaître un appareil symptomatique toujours le même, une réaction douloureuse identique.

Ce premier ordre de faits est d'une interprétation rela-

livement facile : il n'en est pas de même de ceux du second groupe.

Parmi ceux-ci nous devons encore faire des distinctions.

En effet, quand on ne peut pas invoquer l'ablation de l'uretère, deux cas peuvent se présenter ; ou bien il existe une autre cause à laquelle on peut attribuer manifestement l'excitation du plexus rénal, ou bien il est impossible d'en découvrir aucune. Nous allons examiner successivement ces deux nouvelles alternatives.

En dehors de la distension de l'uretère et du rein par obstacle au cours de l'urine, l'appareil nerveux capable de produire la colique néphrétique, peut être excité de deux façons différentes : directement ou indirectement.

L'action directe peut porter sur le plexus rénal lui-même, sur ses branches afférentes jusqu'aux racines rachidiennes, sur la moëlle elle-même. C'est ce qui s'est produit dans un certain nombre d'observations que nous avons rapportées. L'excitation du plexus et de ses branches nous l'avons trouvée dans un cas d'anévrysme ; celle des racines rachidiennes dans une carie de vertèbre ; celle de la moëlle dans une sclérose médullaire. Ce sont là des faits dont la pathogénie est encore clairement établie.

Quand la cause morbide agit non plus directement mais indirectement, c'est-à-dire à distance et sans produire d'altération sur l'appareil nerveux chargé de la réaction symptomatique douloureuse on peut encore interpréter le mécanisme en invoquant le réflexe. Un calcul de la vessie

cause de colique néphrétique, comme nous en avons cité des exemples, cela se conçoit encore au point de vue pathogénique.

En raison des anastomoses qui relient les nerfs de la vessie et du rein il est facile de comprendre comment une excitation ayant son point de départ dans l'un des organes, (vessie), peut se transmettre au système nerveux du second (rein) de telle façon que ce dernier entre en jeu absolument comme s'il avait été intéressé directement.

Ainsi se trouve encore expliquées un certain nombre de pseudo-coliques néphrétiques produites par des affections d'organes voisins en connexion étroite par leurs nerfs avec le rein : maladie de la vessie, de la prostate, du rein du côté opposé etc. ou même d'organes éloignés : insuffisance aortique. En somme, que la cause soit directe ou éloignée, pourvu qu'il y ait une cause, un état morbide que l'on puisse logiquement invoquer, la pathogénie se trouve élucidée dans la plupart des cas.

Mais quand on ne peut invoquer aucune cause, aucun état morbide, comme ayant donné naissance au syndrome douloureux, le problème devient plus difficile. On attribue alors la douleur à un état névropathique du rein, à une névralgie rénale essentielle (Legueu). Mais ce sont là des mots.

Quelle signification exacte devons-nous leur attribuer ? Névralgie veut-il dire ici ; douleur sans altération anatomique des nerfs, névrose en un mot. Nous pouvons admettre cette définition pour un certain nombre de cas peut-être, mais à coup sûr pas pour tous. Le nombre des

névralgies pures, en général, tend à diminuer de jour en jour. On s'aperçoit aujourd'hui de plus en plus qu'un certain nombre de ces affections considérées autrefois comme de pures névroses doivent rentrer dans la classe des névrites, être considérées comme produites par une altération organique des nerfs. Ce qui est vrai des névralgies en général l'est des névralgies rénales en particulier. Nous pensons que beaucoup de ces dernières doivent être expliquée par une modification survenue dans la circulation des nerfs, à une congestion. En cela nous ne faisons d'ailleurs que répéter ce qu'ont déjà fait remarquer M. Legueu et M. Tuffier. Mais quelles sont les raisons qui peuvent faire penser à une congestion nerveuse ?

Dans les observations que nous avons citées de névralgies rénales, nous avons dit comme il était fréquent de constater des hématuries et combien ce fait nous avait frappé au premier abord. D'autre part Mac Lane Tiffany a beaucoup insisté comme le fait remarquer M. Legueu, sur la congestion du rein dans « toutes les affections douloureuses de l'organe. Cette congestion lui fut démontrée en maintes circonstances par la hernie du parenchyme à travers la capsule trop tendue.

« Il est difficile, ajoute M. Legueu, de ne pas chercher à établir une relation entre la réaction des vaso-moteurs amenant la congestion et la réaction des nerfs sensibles qui donnent la douleur. Ce fait de congestion dans les névralgies n'est pas spécial aux névralgies rénales. *Firé* a vu une malade à la Salpêtrière qui, après chaque crise

« vésicale, rendait des urines sanguinolentes et qui res-
« taient teintées pendant une journée au plus (archives de
« neurologie, 1884).

« *Raymond et Oulmont* ont publié une observation
« dans laquelle le pissement de sang était consécutif à des
« crises qui avait surtout pour siège l'urèthre (Gaz. méd.
« de Paris, 1881, p. 243). *Geffrier* rapporte un fait iden-
« tique et en donne l'interprétation (th. de Paris, 1884).
« *M. Straus* a montré des ecchymoses tabétiques à la suite
« de douleurs fulgurantes. Il a montré qu'à la suite des
« douleurs fulgurantes, on voit apparaître souvent au
« point qui en a été le siège, des ecchymoses plus étendues
« et a rapproché de ces ecchymoses les hémorragies qui
« accompagnent les crises gastralgiques ou rectales. Il y
« a plus qu'une analogie entre ces hémorragies gastri-
« ques et celles que l'on observe au cours des névralgies.
« La pathogénie de ces hémorragies doit, dans les deux
« cas, s'interpréter de la même façon. »

On admettra encore beaucoup plus facilement le rap-
port qui existe entre la congestion rénale et la congestion
des nerfs capables de produire la crise douloureuse, si l'on
se représente une donnée anatomique qui a été établie par
MM. Tuffier et Lejars. Ces auteurs ont en effet montré qu'il
existe des anastomoses entre les veines du rein et les
plexus qui accompagnent les nerfs abdomino-génitaux.
Ils ont figuré ces anastomoses, et ils admettaient qu'une
congestion rénale s'accompagnait d'une réplétion analogue

de ces plexus ; d'où le siège et les irradiations douloureuses lombo et abdomino-génitales.

Un premier point de la pathogénie des névralgie rénales nous semble donc maintenant établi d'après ce qui précède : c'est que beaucoup d'entre elles sont dûes à des conjections des nerfs. Il reste maintenant à se demander à quoi on doit attribuer ces congestions nerveuses et par suite les congestions rénales dont elles dépendent. Ici, la cause échappe dans un grand nombre de cas. Parfois, cependant, on peut faire des hypothèses. Ne peut-on pas supposer par exemple que la congestion rénale apparaissant avec celle des organes génitaux chez la femme soit dûe au même processus que cette dernière ? Ce qui est plus certain, c'est l'influence que peuvent avoir, pour déterminer des poussées congestives du côté du rein, certaines affections de l'organe, comme la tuberculose, par exemple.

Nous ne devons pas enfin terminer ce sujet sans parler d'une autre cause bien curieuse de congestion rénale, mise en lumière par M. Tuffier, et qui expliquerait les douleurs provoquées par un très léger degré d'ectopie rénale, sans coudure de l'uretère. Notre maître a montré
« que, si on mobilise un rein sur un animal vivant, le
« premier organe qui subit une inflexion, sinon une cou-
« dure, et qui le premier diminue le plus nettement de
« volume, c'est la veine rénale. Non-seulement la dimi-
« nution de calibre est nettement appréciable, mais elle
« est accusée par une augmentation parallèle du volume
« du rein qui devient dur, turgescant et congestionné à ce

« point qu'une piqûre donne alors un jet de sang projeté
« à une hauteur qui indique bien l'élévation de la tension
« intra-rénale. »

A cette congestion rénale s'associe sans doute celle
des nerfs et comme conséquence une crise douloureuse
apparaît.

Telles sont les données que nous avons pu recueillir
sur la pathogénie des pseudo-coliques néphrétiques.

Nous allons maintenant étudier comment on peut
diagnostiquer ces dernières et les différencier de la crise
d'origine lithiasique.



CHAPITRE IV

Diagnostic

Nombreuses sont les pseudo-coliques néphrétiques qui peuvent, comme nous l'avons vu, simuler la crise d'origine calculeuse. Il importe donc d'avoir autant que possible, des éléments de diagnostic précis, pour éviter une erreur qui souvent n'est que trop facile.

Où pourrons-nous donc trouver ces éléments de diagnostic ? Disons tout de suite que ce ne sera pas dans l'analyse des symptômes douloureux, car ces symptômes peuvent être absolument identiques dans les différents cas. D'autant plus que comme nous l'avons dit, ils sont souvent le résultat de causes identiques (différents modes d'oblitération de l'uretère).

Ce sera par l'analyse de tous les autres symptômes concomitants, que nous arriverons à différencier la lithiase rénale des maladies avec lesquelles on pourrait la confondre. Nous allons donc passer en revue toutes les affections précédemment citées, en énumérant les signes qui permettent de les distinguer des calculs rénaux.

I. — MALADIES EXTRA RÉNALES

I. La Malaria se reconnaîtra facilement, grâce aux signes suivants : attaques de fièvres antérieures, retour périodique des crises, élévation de température pendant ces crises, cessation rapide sous l'influence de la quinine.

II. Les anévrysmes seront également faciles à diagnostiquer avec leurs battements isochrones de ceux du poulx, leurs souffles.

III. Les maladies de l'appareil digestif ont aussi leurs caractères propres, suivant les cas.

L'ulcère duodenal a pour lui les troubles fonctionnels de la digestion et de la nutrition : vomissements alimentaires, dénutrition, amaigrissement rapide.

La lithiase biliaire s'accompagne souvent d'ictère et d'une tumeur au niveau du siège de la vésicule biliaire. Mais ces deux symptômes, dont l'importance est considérable, peuvent manquer ; on conçoit alors combien le diagnostic devient difficile. Il reste encore, il est vrai, la constatation du calcul éliminé, mais cette constatation manquera dans bien des cas.

IV. Maladies de l'appareil urinaire. — En présence de symptômes limités à un côté, nous savons qu'on ne doit pas conclure d'une façon formelle à l'existence d'un calcul de ce côté, car la pierre peut se trouver du côté opposé. C'est encore, par conséquent, une question quelquefois bien délicate à résoudre, que de savoir quel est le

siège exact du mal. Dans ces cas douteux, il faudrait s'aider de tous les moyens d'exploration : toucher rectal ou vaginal, qui pourraient faire sentir le calcul engagé dans la partie inférieure d'un uretère ; cystoscopie qui indiquerait dans les cas où il y a hématurie, de quel côté vient le sang. Heureusement, les cas de ce genre sont rares, car bien peu souvent, on songera, en face de douleurs bien localisées au côté droit, par exemple, à incriminer le côté gauche, et y penserait-on, les moyens d'élucider la question ne seront pas toujours efficaces.

Les affections de la vessie et de la prostate seront plus faciles à reconnaître. On se basera ici surtout, sur les signes physiques : toucher rectal ou vaginal pour la prostate et les calculs de la vessie ; cathétérisme encore pour ces derniers. L'hématurie vésicale calculeuse n'a aucune valeur diagnostic, car elle ressemble à l'hématurie calculeuse rénale : elle se produit comme elle, à la suite de mouvements, de fatigues.

Il y a cependant une légère différence : quand le sang vient du rein, on trouve des cylindres hématiques, formés de piles de globules rouges, véritables moules de tubes urinifères qui indiquent nettement leur origine glandulaire. En dehors de l'hématurie, la fréquence des mictions a plus d'importance pour affirmer la pierre vésicale, car ce symptôme n'appartient pas au calcul rénal.

Le phlegmon périnéphrétique s'accompagne de gonflement, d'empâtement de la région péri-rénale et enfin en

général de fièvre. Cette dernière peut cependant manquer comme cela s'est produit chez le malade de notre observation (X bis).

V. — *Système nerveux*

Quand il s'agit de maladies du système nerveux, dues à une altération organiques des nerfs ou de la moëlle, le diagnostic peut assez bien se poser.

Dans l'ataxie par exemple, on a tous les troubles de la sensibilité, de la motilité, des organes des sens ; les douleurs fulgurantes siégeant dans d'autres régions que le territoire du rein, l'incoordination des mouvements, les signes de Westphal, de Romberg, d'Argyl Robertson, etc. Quand il y a altération des vertèbres, la déformation, la douleur au niveau d'un point déterminé de la colonne vertébrale suffisent à mettre sur la voie.

Les affections d'ordre névropathique sont beaucoup plus difficiles à différencier de la lithiase. Les signes physiques ici ne donnent rien ni dans un cas, ni dans un autre, sauf l'augmentation de volume qui peut s'observer quelquefois dans le calcul rénal. Ce signe a sa valeur et peut à lui seul porter à penser à la pierre, mais il est bien difficile de constater une augmentation de volume, quand l'organe est à sa place et tant que l'augmentation n'est pas exagérée, comme c'est le cas ici.

Parmi les signes fonctionnels si nous éliminons la douleur à laquelle il ne faut pas plus s'attacher ici que dans les maladies précédentes, il nous reste l'hématurie.

L'hématurie, il est vrai, n'est pas constante dans les névralgies rénales, mais quand elle existe, ses caractères diffèrent un peu de l'hématurie calculeuse, comme l'a montré M. Legueu. Cette dernière en effet à ceci de particulier qu'elle est toujours provoquée par les mouvements du malade : toujours provoqué et toujours temporaire, ainsi la définit M. Guyon. L'hématurie névralgique elle, n'a pas de caractères tranchés, n'a rien de spécial dans son apparition ni dans son évolution. Mais c'est là un bien mince élément de diagnostic.

Il faut aussi tenir compte de la présence ou de l'absence de calculs dans l'urine. « Les calculs du rein dit M. Tuffier (Sem. méd., 1893), peuvent provoquer des coliques néphrétiques sans expulsion, mais le fait est beaucoup plus rare qu'on ne l'a dit ».

Enfin il faudra encore faire entrer en ligne les antécédents du malade, savoir s'il appartient par lui-même ou par ses parents à la famille névropathique. Ce n'est qu'en rassemblant toutes ces données que l'on arrivera au diagnostic. Celui-ci sera plus aisé quand il s'agira non plus de névralgies rénales, mais de *névralgies lombo-abdominales* par la recherche des points lombaire, iliaque, hypogastrique, inguinal.

II. — MALADIES RÉNALES

I. Ectopie rénale. Ici le diagnostic repose sur la constatation du déplacement rénal. Celle-ci peut se faire en explorant l'organe suivant les méthodes de Glénard, d'Is-

raël ou comme le conseille de préférence M. Tuffier dans le traité de chirurgie, par la palpation bimanuelle dans le décubitus dorsal aidée de la recherche du ballottement. Ce palper révèle au-dessous du rebord costal, ou même dans l'échancrure ilio-costale ou la fosse iliaque, une tumeur arrondie, lisse, oblongue, à grand axe vertical ou oblique en bas et en dedans, échancrée en son milieu où l'on peut sentir battre une artère. Le caractère principal de cette tuméfaction est d'être réductible dans la fosse lombaire ; elle fuit entre les deux mains ouvertes en haut, et disparaît complètement. Quand on a ainsi reconnu l'existence d'un rein déplacé il ne faut pas se presser d'en conclure que tous les symptômes douloureux observés doivent lui être exclusivement attribués. Il faudra toujours se méfier de la neurasthénie qui peut être concomitante et être la vraie coupable.

II Hydronéphrose. L'apparition d'une tumeur développée dans la région du rein, fluctuante, les phénomènes d'intermittence de la tumeur, qui disparaît complètement pour reparaitre ensuite ; les alternatives d'oligurie et de polyurie, tels sont les éléments qui suffiront à faire distinguer l'hydronéphrose. A cela nous pouvons joindre encore les signes fournis par la ponction de la tumeur qui dans le cas considéré donne issue à un liquide acide, contenant une faible proportion d'urée et peu d'albumine.

III La pyknéphose se présentera avec les caractères des tumeurs du rein, en général : saillie dans l'abdomen, sonorité antérieure, ballottement rénal. Elle est en général

arrondie, rénitente, très rarement fluctuante, douloureuse spontanément et à la pression.

Le développement de la tumeur s'accompagne de fièvre. Jusqu'ici nous n'avons que des symptômes communs à plusieurs affections rénales, mais ce qu'il y a de pathognomonique dans la pyonéphrose, c'est l'intermittence des accidents, comme nous venons de le voir dans l'hydronéphrose.

Fréquemment, en effet la tumeur disparaît en partie ou en totalité : soulagement considérable, cessation de la fièvre, mais la trêve est de courte durée, la tumeur reparaît de nouveau et avec elle les douleurs et les accès fébriles.

L'examen des urines donne aussi de précieux renseignements. Pendant que la tumeur est volumineuse l'urine peut être absolument limpide ; au moment où elle s'affaisse le pus reparaît ou augmente dans l'urine. Quand la pyonéphrose, comme d'ailleurs l'hydronéphrose apparaîtront avec leurs caractères d'intermittence bien nets, le diagnostic en sera assez facile ; mais ces affections reconnues, il n'en résulte pas que l'existence d'un calcul soit éliminée par cela même. Au contraire, puisque la lithiase peut elle-même être la cause des accidents précédents. Il est rare il est vrai que le calcul produise l'hydronéphrose, mais cependant Lancereaux (Union médic. 5 juin 1888) en a signalé 5 cas. Ce qui est plus fréquent c'est de voir se développer la pyelo-néphrite consécutivement à la pierre rénale, puis des accidents de rétention du pus et même de

pyo-néphrose intermittente. A ce moment les symptômes de calcul seront masqués par les complications. Comment donc faire le diagnostic ? On le fera en reconstituant toute l'histoire de la maladie en recherchant si avant l'apparition de la tumeur abdominale et de la pyurie, il n'y a pas eu des signes franchement lithiasiques : s'il n'y a pas eu d'hématurie, d'expulsion de graviers dans les urines ; si les douleurs et l'hématurie n'étaient pas surtout provoquées par les mouvements du malade.

IV. *Pyelo-néphrite*. Dans le pyclo-néphrite sans distension on se trouve dans des conditions analogues aux précédentes. Les caractères de cette affection peuvent se rencontrer comme complications du calcul. Le diagnostic se fera comme nous venons de l'indiquer pour la pyonéphrose.

V. *Tumeurs du rein*. — Occupons-nous d'abord des tumeurs malignes. L'augmentation de volume de l'organe révélée par la palpation bi-manuelle, la douleur et l'hématurie, tels sont les signes de ces tumeurs.

Le volume quelquefois considérable des tumeurs malignes est un bon signe différentiel. L'hématurie a aussi des caractères qui lui sont propres : elle est spontanée ; elle n'est pas modifiée par le mouvement ou le repos ; elle est en général beaucoup plus abondante que les hématuries calculeuses. Malheureusement ces signes ne sont pas toujours vrais et d'ailleurs le nombre de néphrectomies pratiquées pour le calcul rénal et terminées par la découverte d'un cancer montre toute la difficulté du diagnostic.

L'incision exploratrice lombaire est d'ailleurs justifiée comme premier temps de l'intervention dans les deux cas.

Si au lieu de néoplasmes malins on se trouve en présence de néoplasmes bénins, la seule caractéristique sera fournie par les troubles fonctionnels qui résultent du poids et du volume de la tumeur. Dès lors si elle est petite, elle il deviendra impossible de la reconnaître. C'est d'ailleurs ce qui a eu lieu dans les deux observations que nous avons rapportées (obs. XLVII-XLVIII).

VI. *La tuberculose rénale* s'accompagne comme la lithiase de douleur et d'hématurie. Mais ici l'hématurie n'est pas sous la dépendance du mouvement ; elle survient sans cause comme dans le cancer. En outre l'état général, les troubles du côté de la vessie, de la prostate, la recherche des bacilles dans l'urine pourront éclairer le diagnostic. D'ailleurs dans ces cas difficiles, comme le fait remarquer M. Tuffier (traité de chirurgie) l'incision exploratrice est absolument justifiée.

Avant de terminer ce chapitre, nous devons faire remarquer que nous n'avons voulu établir le diagnostic que pour les maladies qui nous paraissent simuler nettement les crises douloureuses de la lithiase. C'est pourquoi nous avons passé sous silence volontairement un certain nombre d'autres affections qui ne peuvent rappeler qu'imparfaitement la colique néphrétique. Ce sont : les coliques salpingiennes ; l'étranglement et la perforation intestinale, etc.

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement des pseudo-coliques néphrétiques est celui des maladies dont elles sont une manifestation. Nous ne voulons pas évidemment exposer ici tous ces différents modes de traitements, nous ne voulons parler que de celui des pseudo-coliques néphrétiques d'origine névropathique, car dans ces cas la cause échappe la plus part du temps et la source du mal étant inconnue, il semble que l'on soit désarmé pour la guérir.

En présence d'une colique néphrétique bien nettement névropathique, quelle conduite doit-on donc tenir ? Le premier moyen est d'instituer d'abord le traitement médical propre à combattre l'état nerveux du sujet : neurasthénie, hystérie. Ce traitement réussira dans certains cas, mais il échouera aussi souvent.

Malgré l'usage des médications les plus rationnelles, les mieux appropriées, et longtemps continuées, on verra des malades continuer à souffrir et quelquefois de douleurs atroces très fréquentes, à tel point que quelques-uns demandent à être opérés avant qu'on le leur ait proposé, s'imaginant que l'on pourra atteindre ainsi plus directement et plus efficacement le mal qui empoisonne leur

existence. En cela ils n'ont pas tort croyons-nous, car dans ces cas l'intervention nous paraît s'imposer. Cette utilité de l'intervention ne découle pas d'une conception théorique ; elle est basée sur les faits, sur l'expérience acquise. Elle ressort de la statistique publiée par M. Legueu (Annales génit. urin., 1891). Cet auteur rapporte que sur 19 observations réunies par lui il y a eu 12 fois opération. Ces douze cas se décomposent de la façon suivante :

Nephrectomie, 2 cas ; une mort, une guérison.

Exploration du R. 10 cas ; avec débridement et incision 3 cas, 3 guérisons avec une fois réapparition de la douleur après l'opération.

Exploration simple, sans débridement, 7 cas ; acupuncture, 4 cas, 4 guérisons ; exploration simple, 3 cas, 1 guérison temporaire, 2 guérisons définitives.

A cette statistique nous pouvons encore ajouter le cas cité dans notre observation XVI, où la guérison a suivi l'exploration du rein.

Le tableau précédent nous démontre donc bien l'utilité de l'intervention, et de plus il précise le genre d'intervention ; c'est l'exploration de l'organe, avec ou sans acupuncture qui doit être l'opération de choix. La néphrectomie, opération beaucoup plus grave ne devant être tentée qu'après la précédente, dans le cas où celle-ci n'aurait donné aucun résultat.

Une question qui se pose maintenant c'est de savoir quel peut être le mécanisme de la guérison dans les opérations précédentes. Plusieurs causes ont été invoquées.

pour l'expliquer. On a prétendu (Mac Lane Tiffany et Le Dentu) que la douleur étant dûe à la tension exagérée du rein, la néphrotomie guérissait en faisant cesser cette tension. Mais cette hypothèse n'explique pas l'amélioration que produisent les simples explorations du rein, sans incision de la capsule. On a aussi fait valoir la révulsion énergique occasionnée par les manipulations de la glande, les piqûres et la déplétion sanguine qui en résulte. Enfin la suggestion a aussi été mise en cause et ce n'est pas douteux pour certains cas.

Vouloir préciser dans quelle mesure chacun de ces facteurs intervient pour amener la guérison, serait bien difficile : peut être sont-ils souvent associés et combinés à d'autres éléments inconnus. Quoiqu'il en soit si l'on ne connaît pas bien exactement les causes, l'effet curateur n'en est pas moins bien constaté et en définitive c'est surtout cela qui importe.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Malaria (Kirkam. med. Times. 1885. — T. I, p. 443).

Le 49 avril 1884, à Colon, je fus appelé pour voir un ingénieur souffrant vivement dans le dos : grand, maigre, de bonne constitution. Il avait habité l'isthme dix-huit mois, pendant lesquels il avait eu deux attaques de fièvre intermittente. Le 6 avril, il avait été pris subitement à table d'une douleur vive dans le rein droit, douleur sourde par moment, mais pouvant présenter des accès paroxystiques et s'étendre à la cuisse droite. Ces symptômes durèrent environ quatre heures ; à la fin sueurs profuses. Rien pendant le reste du jour. Le matin suivant, même attaque à onze heures, c'est-à-dire à la même heure à peu près que le jour précédent. Cela dura jusqu'à quatre heures de l'après-midi et on observa ensuite des sueurs profuses.

Le 8, attaque semblable exactement aux deux autres et de même durée environ. Durant ces trois jours il ne reçut aucun soin.

Le 8, il partit pour Colon afin de me consulter. Il arriva le 9 au matin, jour où je le vis pour la première fois.

En l'examinant à onze heures et demie, je vis qu'il souffrait vivement dans le rein droit. Pendant quelques minutes il ne put être calmé. Il se jeta éperdument sur un lit où il se tordit dans d'atroces douleurs. Facies crispé. Expression d'extrême anxiété. Quelques minutes après, un peu de mieux survint. Il se leva à

peu près bien, mais épuisé. Il souffrait encore, mais les douleurs n'étaient plus aussi poignantes qu'auparavant.

Peau chaude et sèche. Température. 102.4 (Farenh). Pouls 108. Langue propre. Appétit bon et selles régulières durant les derniers jours. Pas d'augmentation de volume du foie et de la rate. A uriné facilement durant sa maladie. Urine alcaline. Pas d'albumine de pus, de sang, de dépôt. A l'examen rien qu'une légère sensibilité du rein. Les mouvements volontaires du dos n'influent en rien sur la douleur.

Le matin à intervalles, attaques de douleur poignantes, s'étendant dit-il, à la cuisse et à l'extrémité du pénis, cependant pas d'accès aussi pénible que le premier.

Cinq petites injections de morphine. A midi vingt, sommeil profond pendant lequel température : 102,7 far., et le pouls : 107 avec peau encore chaude et sèche. A deux heures après midi, réveil, pas de douleurs, mais sueurs profuses. Température : 99° ; pouls : 84. A trois heures il se sentit tout à fait bien, mais très épuisé. Pouls et température normaux.

Le 10 à 9 heures du matin il est tout à fait bien ; a passé une bonne nuit ; 20 « grains » de quinine. A dix heures et demie, léger accès de dix minutes. Journée bonne.

Le 11, à neuf heures du matin, 15 « grains » de quinine ; pas de retour des symptômes.

Le 12 on cesse la quinine, plus de douleurs.

Le 13 vers midi, vive attaque qui dura trois heures. Cinq petites injections de morphine. Amélioration, sans sommeil. Température qui avait été normale monte à 102°,6 pendant l'attaque.

Le 14 à neuf heures du matin, 15 « grains » de quinine. On lui ordonne une potion contenant 15 « grains » à prendre tous les matins à la même heure. Durant le jour légère attaque d'une heure. Assez bonne journée autrement.

Du 14 je ne le revis qu'à mon retour du Nicaragua le 19. Il n'avait nullement souffert. Légère irritation gastrique due à la quinine. On fait cesser ce médicament et on fait prendre de petites doses de H C L. En novembre je reçus une lettre me

disant qu'il avait toujours eu *une très bonne santé* depuis le mois d'avril.

OBSERVATION II

Pseudo-colique néphrétique d'origine malariale. G. Harrison Younge
(Brit. med. J. 1887, p. 675 et in th. Legueu).

Sergent-major de l'artillerie royale, 47 ans, 28 ans de service, 32 ans de séjour dans les Indes, entre à l'hôpital le 14 avril 1887 avec les symptômes de colique néphrétique. C'était un homme pléthorique, quoiqu'un peu nerveux. Son frère avait souffert de la goutte. Il avait été lui-même toujours dyspeptique, mais n'avait jamais eu de troubles sérieux [de la santé avant deux ans. En décembre 1884 il eut une attaque sérieuse de lumbago et peu après de sciatique.

En août et septembre 1885, quelques attaques de fièvres intermittentes.

En 1886, crises de gastralgie. Elles étaient soudaines et duraient deux heures ; c'est à cette époque qu'il ressentit pour la première fois les symptômes éprouvés aujourd'hui. Il éprouva des crises douloureuses dans le flanc et dans les lombes ; elles se reproduisaient à un intervalle de une à trois semaines, et duraient chaque fois de deux à quatre heures.

En février 1887, il eut une attaque qui dura sans rémission pendant une semaine. Les paroxysmes venaient soudainement. La douleur commençait dans le côté gauche, et s'étendait en avant, en arrière, dans l'aîne et jusqu'au testicule : C'était une douleur atroce, déchirante. Elle était profonde et si aiguë, que le malade perdait presque connaissance. Le testicule était habituellement rétracté à l'anneau. A la fin de la crise survenaient des nausées, des vomissements et une sudorèse abondante. Pendant la crise, l'urine était colorée, acide et d'une densité augmentée : elle contenait parfois du pus, jamais d'albumine, ni de sang, ni de cristaux d'acide urique. Dans l'intervalle des crises elle était normale.

A l'exploration bi-manuelle, le rein pouvait être senti direc-

tement ; il était à sa place et n'était pas sensible. La vessie était saine et sans calculs.

Après un examen soigneux, je conclus à la présence d'un calcul urique dans le rein gauche ; la tuberculose du rein fut exclue ; les signes ne pouvaient se rattacher à la gravelle, puisque l'urine était normale pendant les intervalles, ne contenait jamais de cristaux d'acide urique, et ne devenait très acide qu'après ces crises.

Je rejetai l'idée d'une névralgie malariale. Les accès auraient été plus fréquents, survenant à intervalles plus réguliers, et la douleur aurait suivi le trajet des nerfs cutanés et non celui de l'uretère. Je prescrivis de fortes doses de bi-carbonate de soude ; pendant les crises, des fomentations chaudes, des cataplasmes de farine de lin et des injections de morphine.

En avril, mai et juin, les accès se reproduisirent à des intervalles d'une semaine ; l'exercice hâtait leur apparition.

16 juillet. — La semaine dernière, les accès se sont reproduits journellement et à la même heure. Il n'y a pas changement dans les symptômes, mais chaque accès est suivi maintenant d'une élévation de température variant de 1 à 2 degrés. Il devient évident que le patient souffrait d'une névralgie de malarie. Un gramme de quinine fut donné une heure avant que le paroxysme fut revenu et tout autre traitement fut suspendu. Depuis ce moment, la douleur a diminué, les accès sont devenus de plus en plus rares. La dose de quinine a été augmentée et les symptômes disparurent.

Le 20 juillet, le malade reprend son service, mais il continue à prendre de la quinine toutes les fois qu'il éprouve quelque malaise dans la région du rein.

OBSERVATION III

Malaria. — Texier (de Villefagnon), (Monit. des sciences méd. et pharm. 1860, p. 121 et 131 ; in Legueu, Annales génit. urin. 1891).

F..., marchand, 34 ans, d'un tempéramment nervo-bilieux et d'une bonne constitution, a eu une fièvre tierce il y a eu 7 ou

8 ans, qui a duré 14 mois. Cette fièvre a été suivie pendant 2 ans de coliques atroces, durant quelques heures, et revenant d'abord tous le 3 ou 4 jours, puis tous les 8 ou 10 jours, s'éloignant de plus en plus jusqu'à complète guérison.

Le 22 octobre 1857, à la suite d'un effort, F... éprouve tout-à-coup des douleurs très violentes dans le flanc gauche : ces douleurs continuèrent depuis le matin jusqu'au soir avec des exacerbations assez fréquentes. Le 2, les douleurs sont beaucoup plus vives, et ont un caractère intermittent bien prononcé. Elles commencent à se manifester dans la région lombaire, puis elles s'étendent peu à peu, envahissant tout le côté gauche et l'abdomen jusqu'à l'ombilic. Elles s'irradient de là jusque dans le testicule où elles se montrent avec une violence insupportable ; il semble au malade qu'on lui broie cet organe entre deux corps durs. Quant aux douleurs des régions lombaire et ombilicale, elles offrent aussi des caractères particuliers. Le malade les compare à de forts coups de marteau frappant alternativement en avant et en arrière. Pendant toute la durée de l'accès, c'est-à-dire pendant une demi-heure environ, la figure est grippée et anxieuse, la voix basse, mais il est impossible d'articuler un son. Le pouls est petit, mais calme ; les urines sont normales. Il y a eu trois accès dans la journée.

On fait le traitement de la colique néphrétique.

Les 25, 26 et 27, les accès sont de plus en plus rapprochés : il y en a eu sept ou huit par jour et autant la nuit.

Pour la première fois je vois le malade le 28, et constate que la douleur n'est augmentée par la palpation qu'autant qu'on presse un peu fortement dans la région du rein, et qu'on cherche à rapprocher les parois abdominales de la colonne vertébrale.

Traitement : 1 gramme de sulfate de quinine. Il est administré une demi-heure avant un nouvel accès, dont la durée est diminuée. Il n'en survient qu'un autre dans la nuit suivante : encore n'a-t-il rien de bien douloureux.

Le 29, administration d'un gramme de sulfate de quinine, pas d'accès.

Le 30. Dans la nuit, il y a eu un accès des plus violents et dont la durée a été de plusieurs heures.

Après ces accès passés, le malade se trouve comme après tous les autres ; il éprouve un peu de pesanteur dans le côté gauche de l'abdomen, mais il ne souffre pas.

Un gramme de sulfate de quinine ; pas d'autre accès dans la journée.

Le 31. Dans la journée précédente, il y a encore eu un accès qui a duré 7 heures, mais il a été beaucoup plus supportable que les premiers.

1^{er} Novembre. Pas de nouvelles douleurs. Le 2, 3, 4, le malade se croit guéri, mais le 4 au soir il a eu une vive contrariété, et dans la nuit suivante les mêmes phénomènes morbides se sont manifestés : ils commencent à minuit et ne cessent qu'à 8 heures du matin. L'accès est très-violent ; seulement tout se passe dans l'abdomen ; les douleurs testiculaires sont insignifiantes ; cependant le malade a de vives impatiences ; on a toutes les peines à le maintenir dans son lit.

Le 5, à 1 heure de l'après-midi, les même accidents se reproduisent et durent jusqu'à 8 heures du soir. Plus tard la douleur disparaît, mais la voix est altérée comme chez une personne qui a poussé de hauts cris pendant plusieurs heures.

OBSERVATION IV

Malaria (J. de med. et chir prat, 1846, 155-159, in Legueu).

P. de Mignot publie dans le bulletin médical de Bordeaux, l'observation suivante :

F..., 53 ans, d'une excellente constitution ; il n'a jamais eu de maladies sérieuses. Il était seulement sujet à une douleur nerveuse du cœur, revenant par crises, mais qui depuis quelque temps avait cessé de se faire sentir.

En mars 1845 après avoir été mouillé une grande partie de la journée, il fut pris tout à coup d'une douleur excessivement vive à la région lombo-dorsale gauche, suivie de vomissements abondants, de déjections alvines et d'une prostration considérable.

Le lendemain F... n'éprouvait qu'un peu de malaise et d'anorexie, la palpation du rein ne déterminait aucune souffrance, mais les ailes du nez et la conjonctive présentaient une teinte ictérique.

La matinée du jour suivant fut assez bonne, mais dans l'après-midi F... fut saisi d'une crise terrible. La douleur, qui avait son siège à la région rénale gauche, se propageait jusqu'à l'épigastre et au scrotum, et était exaspérée par les mouvements inspireurs. Elle n'avait point été précédée de frissons. Bientôt elle se compliqua des phénomènes suivants : agitation extrême, hoquet opiniâtre, nausées, vomissements de mucosités et de bile, sueurs froides, urines claires et limpides, déjections alvines, pouls petit, intermittent, face livide et grippée, décubitus impossible du côté malade. La pression exercée sur l'hypochondre gauche, exaspère la douleur. L'orsqu'on palpe le flanc et qu'on pose les doigts sous la dernière côte, on arrache des cris au malade ; tandis que, si on presse la peau et les muscles des régions lombo-dorsale et abdominale, on ne réveille aucune douleur.

La vessie semble à peu près étrangère au désordre, l'urine est rendue avec facilité et ne contient aucun corps étranger. Du reste, F... n'a jamais eu de cystite, ni d'urétrite, ni d'affections goutteuse ou rhumatismale : il n'a jamais rendu de graviers.

Cette crise, qui fut combattue par les moyens les plus actifs, dura 3 heures ; elle cessa peu à peu et se termina par une sueur légère ; on ne pensa pas à une colique néphrétique, vu qu'il n'y avait dans l'urine ni pus, ni sédiments ; le soulagement ne serait survenu qu'à la faveur de l'expulsion immédiate de graviers ou du déplacement de ces corps étrangers, car le malade n'en rendit pas. Il croit à une néphralgie essentielle, à une fièvre intermittente du rein.

Traitement révulsif et sulfate de quinine, 1 gamme à prendre pendant l'apyrexie.

Le lendemain, vers l'heure habituelle, F... éprouva des palpitations, du malaise et une légère douleur qui disparut bien-

tôt la crise était avortée. Le sulfate de quinine fut continué pendant plusieurs jours.

Depuis cette époque, F... n'a ressenti aucune atteinte.

OBSERVATION VI

Anévrysme, aorte abdominale. (Lancet. 1837 T. I. p. 370).

Bruce Clarke rapporte le fait suivant :

Pendant un an, un homme avait eu des attaques de colique rénale gauche ; une surtout fut typique avant son entrée à l'hôpital : douleur le long des branches du plexus lombaire gauche.

Heureusement, avant de songer à une opération, on observa l'état tortueux des artères et des pulsations marquées dans l'abdomen. On diagnostiqua un anévrysme abdominal. A l'autopsie on trouva un anévrysme rompu dans le psoas gauche et ayant disséqué toutes les branches du plexus lombaire. La mort était due à l'ouverture de l'aorte dilatée dans la plèvre.

OBSERVATION VII

(Britisk méd. J. 1888. T. I. p. 182).

En 1878, le Dr Murchison, décédé, me donna des détails sur une forme particulière d'attaque nerveuse, qu'il désigna sous le nom de crise rénale, et qu'il observa fréquemment chez un malade atteint d'insuffisance aortique. L'attaque commençait par une douleur excruciante dans la région du rein droit, exactement comme dans la colique néphrétique, mais il n'y avait pas de rétraction du testicule et l'urine était parfaitement normale après l'attaque. Il n'y avait pas non plus de jaunisse, ni quelque autre chose qui put faire penser à un calcul biliaire ou rénal.

Deuxième cas. — En 1880, un homme âgé de 47 ans fut admis à l'hôpital de Londres pour cette seule raison qu'il avait de violentes attaques de douleurs paroxystiques, qui commençaient à l'angle de la région épigastrique, se propageaient dans l'hypocondre droit et descendaient le long de la région lombaire droite. Aucune maladie du foie ou du rein ne fut découverte et l'urine était parfaitement normale. En examinant le thorax, nous trou-

vâmes le ventricule gauche considérablement hypertrophié conséquence d'une insuffisance aortique.

OBSERVATION X bis

Phlegmon périnéal droit. (Due à l'obligeance de M. le docteur Tuffier. Observation inédite).

D'A..., 56 ans. Entré le 23 mai 1895 à la maison de Santé.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels : bien portant jusqu'à cette maladie; pas d'antécédents urinaires.

En 1889, le malade a eu des diarrhées. Il y a cinq ans, coliques néphrétiques siégeant à droite et n'ayant duré que 24 heures.

Souffre depuis le 24 mars dans les reins, surtout à droite.

Début par érysypèle de la face, auquel succèdent : abcès du nez (soigné alors par M. Baraduc) ; puis vinrent ces douleurs, dans la région rénale droite ; on le traita d'abord pour une douleur intercostale et on lui appliqua des pointes de feu sur la région rénale droite, puis liniments, sinapismes, bains. On lui posa des ventouses, mais la douleur augmentait toujours. Il y a quatre semaines, le malade a ressenti de la douleur et a éprouvé de la difficulté en urinant avec un peu de fièvre. On diagnostique, paraît-il, une cystite ; l'urine ne contenait cependant rien d'anormal. Cet état dura 8 ou dix jours, le malade souffrant toujours du rein droit.

Le malade a beaucoup maigri, état presque cachectique. Anorexie et dégoût de viande.

Vives douleurs d'estomac ; vomissements alimentaires. Très constipé. Sobre, peu fumeur.

Douleurs que ressent le malade sont atroces, intolérables, constantes ; elles s'irradient de la région rénale droite jusque dans le genou et la jambe même, en suivant la face postérieure de la cuisse, il ne peut plier la jambe pour se chausser.

Urine beaucoup et souvent, mais sans douleur ni difficulté.

Examen. — Langue sèche, rouge, peu de salive, dysphagie. Pouls athéromateux. Pas de fièvre.

Toucher de région droite très douloureuse, maximum en un point bien accusé à l'angle de la 2^e côte droite et de la masse sacro-lombaire.

Un peu d'augmentation de volume du rein mais aucune de l'urètre.

Empâtement de la région en arrière.

Côté gauche peu douloureux.

Urine 1,500 grammes très peu trouble, ni sucre ni albumine, et 46 grammes d'urée.

Opération, 28 mai.

Incision lombaire. — On arrive sur un vaste foyer allant jusqu'à la colonne vertébrale, la face postérieure du rein dans sa partie moyenne seul est en rapport avec foyer purulent, etc.

OBSERVATION X^{ter}

Phlegmon périnéphrétique (rétro-rénal). Obs. inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Tuffier)

L. Marie, 33 ans, couturière, entré à Beaujon, salle Huguier, le 12 mars 1893.

Antécédents. — Pas d'antécédents morbides importants. Le malade vient d'avoir un enfant. A la suite de ses couches elle a fait de l'infection puerpérale. Elle a senti dans le dos des douleurs de plus en plus fortes et bientôt elle remarque qu'il se fait là une tumeur grossissant de plus en plus et devenant de plus en plus douloureuse. Elle rentre à l'hôpital le 12 mars.

Elat actuel. — Souffre au moindre mouvement. La douleur est sourde, continue, « et s'irradie vers l'aîne et les organes génitaux ».

Le malade présente à la partie lombaire une tumeur du volume du point, empâtée, tendant à la fluctuation, mal limitée.

Fièvre, anorexie.

Diagnostic : Phlegmon périnéphrétique rétro-rénal.

Opération le 14 mars. — On incise largement la tumeur ; un flot de pus s'en échappe. C'est du pus « louable ». On nettoie la plaie et on draine avec des mèches de gaze iodoformée.

Le malade quitte l'hôpital, la plaie étant parfaitement fermée, bien guérie.

OBSERVATION XI

Ataxie locomotrice. — Maurice Raynaud. — Arch. génér. de méd. 1876, t. II p. 387.

Le 27 août 1874, je trouvais dans mon service, à la visite du matin un malade que l'on avait ramassé la veille sur la voie publique en proie à des coliques d'une violence extraordinaire, dont il se disait atteint pour la première fois. C'était un homme de 39 ans, bien constitué ; mais l'intensité de sa souffrance triomphait de toute son énergie. Courbé en deux dans son lit, il se livrait à toutes sortes de contorsions, poussant des cris déchirants, et cherchant en vain une position qui put alléger ses souffrances.

Son aspect était celui d'un homme aux prises avec un violent accès de colique néphrétique. Il accusait une douleur atroce d'un caractère angoissant, ayant son foyer principal dans la région lombaire gauche et dans la région épigastrique, qui était le siège d'un sentiment de constriction ou de barre extrêmement pénible, et envoyant des irradiations d'une part vers l'épaule droite, de l'autre vers la région inguinale gauche. La pression exercée sur le creux de l'estomac, ne donnait aucun soulagement et semblait même exaspérer la souffrance. Le ventre était aplati par la contraction énergique des muscles abdominaux. Le testicule gauche était très fortement rétracté, collé contre l'anneau et tout prêt en quelque sorte à y rentrer.

Le malade accusait de fréquentes envies d'uriner, mais ses efforts pour satisfaire son besoin n'aboutissaient qu'à l'émission d'une petite quantité d'urine. Ce qu'il envoyait rendu dans les vingt-quatre heures pouvait être estimé à un peu plus d'un demi litre. Cette urine, assez limpide était notablement albumineuse, elle se coagulait par la chaleur et l'acide nitrique. Ni graviers, ni pus. L'urée était en quantité normale. La veille il avait eu plusieurs vomissements de matières glaireuses ; le pouls était un peu accéléré sans élévation de température.

Il semblait résulter des réponses du malade que cet accident était survenu au milieu d'une bonne santé ; il n'avait jamais eu de crises semblables, mais il lui était arrivé souvent d'éprouver de la difficulté à uriner, avec cette circonstance qu'à la suite d'efforts réitérés et inutiles, la miction se faisait involontairement quelques instants après.

Grâce à une dose surabondante de chloral et de morphine, le malade fut pris d'une somnolence qui ne cessa que le surlendemain 26.

A ce moment, au réveil, la crise telle que nous l'avions constatée deux jours auparavant sévissait avec toute sa violence primitive ; il était aisé de voir que les accidents n'avaient été que masqués par une médication poussée jusqu'au narcotisme. Les urines étaient de plus en plus rares ; le malade n'en avait pas rendu une goutte depuis la veille au soir ; cependant la vessie était vide ; cette circonstance, jointe à la rétraction persistante du testicule me confirma dans le diagnostic de colique néphrétique.

L'accès dura jusque vers le 30 août, avec des rémittences passagères, qui faisaient place à de nouvelles exacerbations ; il finit par s'étendre peu à peu à un moment fixe où le malade, complètement débarrassé de ses souffrances, parut rendu à la santé.

Une seconde crise survint, puis une troisième, puis une série d'autres. Ces crises, revenaient en moyenne deux à quatre fois par semaine, et chaque fois elles avaient une durée de dix à douze heures au moins, souvent plus. Dans l'intervalle, le malade se trouvait assez bien ; il se levait, se promenait dans la salle et ne se plaignait alors que de la persistance d'un endolorissement dans l'épaule droite, et de quelques douleurs intermittentes dans les membres inférieurs, d'ailleurs assez peu marquées pour qu'il n'y fit pas attention.

Cependant les semaines s'écoulaient, et la situation ne se modifiait guère. Toujours frappé de l'anurie relative qui accompagnait les accès douloureux, je faisais recueillir les urines ; on n'y trouvait ni sang, ni graviers, ni pus ; l'albumine consta-

tée le premier jour ne s'était pas reproduite. Je mis en doute la gravelle et remontai dans les antécédents avec plus de soin.

Le malade louchait depuis six mois environ : à cette époque il avait eu une diplopie passagère.

D'autre part, il disait avoir eu, quatre ans avant, des vomissements, qui survenaient de temps en temps après les repas, sans cause connue. Il avait aussi en même temps des difficultés d'uriner, alternant avec des mictions involontaires.

Enfin il se rappelait parfaitement avoir éprouvé à une époque antérieure au strabisme, des douleurs, qui tantôt avaient affecté un caractère rhumatoïde, passant d'une articulation à l'autre, toujours dans les membres inférieurs, tantôt se présentaient sous forme d'éclairs douloureux, occupant la continuité de la jambe ou de la cuisse.

D'ailleurs ces douleurs fulgurantes subsistaient encore, quoique atténuées. Il y avait donc ataxie locomotrice, mais sans incoordination ; le malade pouvait marcher les yeux fermés ; en dehors de ses crises qui le tenaient au lit il pouvait se lever et se promener sans la moindre difficulté.

Vers la fin de novembre, les douleurs fulgurantes disparurent. Par contre, à cette date, lorsque le malade était assis ou debout, même en dehors des accès, il se plaignait d'un engourdissement extrême dans la région lombaire avec une sensation de douleurs en ceinture qui ne fit que s'accroître.

En décembre, il y eut une crise épouvantable qui dura, sans un instant de répit depuis le 8 où elle éclata brusquement dans la journée, jusqu'au 16. Cette fois il y eut une rétention d'urine absolue : on retirait chaque jour par le cathétérisme un demi-litre environ d'une urine foncée, secrétée dans les vingt-quatre heures. La sonde une fois introduite dans la vessie, l'urine mettait un certain temps avant de s'écouler. La vessie semblait avoir perdu tout ressort.

A partir de janvier 1873, les crises se répétèrent plus souvent ; elles devinrent le plus souvent quotidiennes, au nombre de cinq à six par jour, et d'une durée qui variait de quelques minutes à une heure. Il y eut dans le courant du mois, pendant

deux ou trois jours, un peu de pus dans les urines, et quelques jours après une épидидymite du côté gauche, qui fut de courte durée.

Vers la fin de février, une sorte de rémission se montre dans l'intensité des crises ; elles firent place à un engourdissement, qui aurait pu en imposer pour une amélioration réelle, si l'état général du malade n'avait fait soupçonner le développement d'une tuberculose pulmonaire, dont l'auscultation confirmait l'existence.

A l'autopsie on trouve, indépendamment de la tuberculose et de la sclérose médullaire les lésions suivantes sur l'appareil urinaire :

Les reins sont un peu petits, et semblent participer à l'émaciation générale. Le rein droit présente trois ou quatre kystes séreux, dont le plus volumineux ne dépasse pas le volume d'une noisette. A cela près, le tissu des reins est absolument normal. Les calices, les bassinets, les uretères sont dans un état d'intégrité complète, et ne contiennent aucune trace de gravelle ou de calculs.

La vessie, très distendue par l'urine, est pâle, amincie, et ne présente aucune trace actuelle de cystite, elle ne contient aucun corps étranger. L'urine qu'on en retire contient une très minime quantité d'albumine.

OBSERVATION XII

Ataxie (Peau in thes. Brodeur, 1886, p. 20)

Il y a cinq ans je fus consulté par M. R. de Rouen, qui m'était adressé par son médecin ordinaire. C'était un homme de 40 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé. On ne relevait aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Jamais de rhumatismes, pas de syphilis. Depuis quelques mois, il éprouvait des douleurs excessivement violentes dans la région du rein gauche, douleurs qui lui rendaient la vie insupportable, et qui lui avaient fait prendre des habitudes alcooliques.

A l'examen du malade, qui jouissait encore d'un bon em-

bonpoint, quoiqu'il eut maigri beaucoup depuis quelques mois, je ne trouvai aucune tumeur dans la région du flanc gauche, siège de ces douleurs; la constatation d'une exagération de sensibilité à ce niveau fut l'unique résultat de mes recherches, et je ne pus, malgré les instances du malade, me résoudre à pratiquer une opération.

Il n'existait aucun trouble vésical, et comme les urines contenaient un peu d'albumine, je pensai à une néphrite guérissable par le traitement médical. Le malade fut traité dans ce sens par divers praticiens distingués : voyant que tous ces soins ne le calmaient pas, M. R. revint me voir à Paris, et, comme il hésitait maintenant à accepter un traitement chirurgical, je l'engageai de nouveau à consulter ceux de mes collègues en qui il aurait le plus de confiance. Divers traitements lui furent prescrits successivement par Lecorché, Peter, Horteloup, Le Dentu, Guyon, Brongniart. Ce dernier lui fit prendre les eaux de Contrexéville.

Malgré tous les soins éclairés de confrères distingués, les douleurs persistaient, partant du rein gauche, et s'irradiaient sur le trajet de l'uretère jusque dans la partie correspondante du scrotum. Ces douleurs vives, continues, s'exaspérant au moindre mouvement, rendaient la marche impossible.

L'analyse des urines répétée souvent par H. Fauvel et d'autres, montra qu'il y avait toujours une certaine quantité d'albumine (1 gr. 70 à 70 centigr. par litre), de globules de pus et de sang, de sels calcaires (oxalate et phosphate de chaux).

La persistance des douleurs vives et continues avec exacerbations fréquentes, fit conclure à plusieurs de nos confrères que celles-ci étaient dues à la présence d'un calcul, qui déterminait de temps en temps des poussées inflammatoires dans le rein gauche et M. Peter se prononça pour la néphrectomie.

« Dans les sédiments urinaires on trouvait :

- 1° Leucocytes en quantité peu considérable ;
- 2° Hématies plus nombreuses que les leucocytes ;
- 3° Cristaux d'oxalate de chaux en petit nombre ;

4° Cellules épithéliales de la vessie et des détritux épithéliaux en quantité modérée.

« L'urine rendue en 24 heures n'excède pas la moyenne normale.

« Le poids des leucocytes et des hématies correspond au quart de celui de l'albumine, et la coloration rouge orangé de celle-ci est due à un mélange d'urobiline et d'un peu d'uroérythrine. Il n'y a ni sucre, ni tubes urinaires, ni spermatozoïdes, ni matières grasses en quantité notable.

« L'albumine est plus abondante dans les urines du jour que dans celles de la nuit. » (Mehu). Jamais le malade n'a éprouvé de troubles du côté de la vessie, qui ne contient pas de calculs.

Malgré le traitement médical le plus rationnel, M. R. souffrait de plus en plus, et les nombreuses injections hypodermiques de morphine qu'on lui faisait et qui l'avaient rendu véritable morphinomane, ne pouvaient lui rendre le sommeil. La vie lui était devenue insupportable, et fou de douleur, il menaçait de se détruire si on ne le soulageait pas.

Néphrectomie lombaire le 18 janvier 1886. — L'examen du rein fait par le professeur Cornil montra qu'il y avait par places de la glomerulite, et un état d'altération des tubes urinifères, comme dans la néphrite albumineuse peu avancée.

Note de l'auteur. — Nous avons appris que le malade qui fait le sujet de cette observation avait depuis présenté des signes manifestes de tabes confirmé.

OBSERVATION XV

Cas d'origine névropathique. (Allen. Boston méd. et chir. J. 1891, page 627).

Homme de 72 ans. Était aussi bien que possible le matin du 4 juillet 1889. Homme sain et fort pour son âge. Une heure ou deux après déjeuner, il est pris subitement d'une très vive douleur dans le côté droit.

Je le vois bientôt après ; douleur poignante, très intense, s'étendant de la région du rein droit jusque dans l'aîne droite. Testicule droit remonté.

Injectons de morphine répétées jusqu'à ce que l'on ait obtenu du calme.

Je revins le voir l'après-midi et fut surpris de le trouver assis sur l'escalier. Il n'avait eu que quelques douleurs lancinantes passagères dans l'aîne droite, douleurs plutôt fréquentes, mais auxquelles il était sujet depuis beaucoup d'années. Il les attribue à un coup qu'il a reçu dans l'aîne droite 30 ans auparavant. Il est certain de n'avoir jamais vu passer de pierre dans son urèthre.

OBSERVATION XVIII

Nephralgie hématurique. Néphrectomie. Guérison. — A. Sabatier
(Revue de chirurgie 1889, p. 62).

Maiz Marie, 30 ans, tisseuse, entre le 1^{er} octobre 1886 dans le service de Monsieur Tripier, Hôtel-Dieu, salle Saint-Anne, n° 23. Monsieur Sabatier remplaçait alors le professeur en congé.

Antécédents héréditaires. — Nuls, toutefois parmi les 10 sœurs ou frères de la malade, l'une d'elle morte à 21 ans, souffrait beaucoup, vomissait du sang noir, avait à la fin de ses jours une expectoration abondante et purulente.

Antécédents personnels. — Bonne santé pendant enfance et jeunesse. A partir de 1878 et 1879 divers phénomènes pathologiques se produisirent dont la gravité alla peu à peu croissant.

Oppression inaccoutumée, œdème des membres inférieurs surtout à droite, gonflement douloureux du flanc droit survenant par crises : tels furent les accidents qui obligèrent enfin la malade à entrer dans un service hospitalier. Trois séjours successifs dans la salle de Monsieur Tripier.

Urines boueuses, grisâtres, couleur café au lait, très albus mineuses, présentaient par le repos un dépôt blanc, abondant, quantité très restreinte : 100 grammes environ tous les 2 ou 3 jours.

Analyse chimique. — 2 gr. 07 albumine par litre.

Analyse microscopique révèle nombreux bactéries mais pas bactérie tuberculeux.

6 Avril 1885.

Nouveau séjour à l'Hôtel-Dieu, service Clément.

Continue à présenter les mêmes phénomènes : céphalée, vomissements très fréquents, état nauséux permanent et surtout crises douloureuses toujours localisées au flanc droit. La palpation éveille de la douleur au niveau du rein droit, mais on ne constate pas de tumeur.

Urines foncées, brunes, hématuriques, albumineuses, émises en très petite quantité.

Par le repos, formation d'un abondant précipité granuleux, composé de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien très rare.

26 juin 1885. Service Perret, hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clotilde, n° 44.

Persistance des symptômes déjà signalés, mais apparition de crises de coma semblable à des attaques d'urémie.

Ce diagnostic fut porté avec d'autant plus de logique que les mictions étaient peu fréquentes et les urines altérées.

16 Août 1886.

Mêmes faits, accès douloureux à intervalle variable dans la région du rein droit, la douleur violente nécessite de nombreuses injections de morphine. Chaque accès semble suivi d'une exagération de l'hématurie, puis le sang disparaît peu à peu à mesure que l'on s'éloigne de la crise, mais les urines laissent toujours néanmoins déposer un précipité sédimenteux très épais.

1^{er} Octobre 1886.

Une détermination paraissant urgente en raison des vives douleurs éprouvées, la malade passe dans la section de chirurgie.

15 Octobre.

Etat général satisfaisant.

Etat local. — Douleurs sourdes profondes au niveau du rein droit. Cette douleur rend le décubitus difficile du côté correspondant, la marche pénible, courbée en avant et à droite. La toux, les mouvements l'exaspèrent. Cette sensation douloureuse du flanc droit est persistante, mais de temps en temps traversée par des périodes d'augmentation. Environ deux fois en un sep-

ténaire, quelquefois seulement tous les dix jours, survient une véritable crise avec irradiation vers l'uretère et la vessie, vers le membre inférieur droit, vers le diaphragme et l'épaule droite. Ces crises, la malade les prévoit dès la veille, par un peu d'inappétence et une sensation de malaise général. Elles ont une durée moyenne de deux heures et diminuent progressivement.

Pas de mouvement fébrile avant ou après.

Aucune douleur du flanc gauche.

A l'examen de la région lombaire droite on ne constate nulle déformation, Pas de tumeur, pas de signe de fluctuation, pas de dureté. Mais la palpation provoque de vives souffrances entre les dernières fausses côtes et l'ombilic. Le foie a son volume normal et la vésicule biliaire n'est le siège d'aucune tuméfaction appréciable.

Envies d'uriner fréquentes nécessitant le cathétérisme depuis plus d'un an. Ce ténesme est constant mais la malade ne se sonde que 2 fois par jour.

Aussitôt après les crises, l'urine est trouble, chargée de sang et de mucus ; elle se clarifie ensuite peu à peu. Jadis il y a eu de l'anurie pendant 2 ou 3 jours ; aujourd'hui la miction se fait régulièrement 2 fois par jour, par le cathétérisme il est vrai.

La malade est sondée ; on retire très peu d'urine. Une injection boriquée ne ramène aucune trace d'urine purulente. Jamais de calcul, jamais de gravelle.

Dans les premiers jours d'octobre 1886 on fit examiner le liquide : présence de sang, de l'albumine variant de 0.75 à 1 gramme par litre, absence au contraire de tout bacille tuberculeux.

L'idée de tubercules fut à priori rejetée. La présence du sang en nature et telle qu'on observait parfois de véritables caillots nous fit éloigner l'hypothèse d'une hémoglobinurie paroxystique. Il ne pouvait non plus être question d'une tumeur. Un calcul du bassin obstruant d'une façon intermittente l'embouchure urétérale expliquait bien au contraire l'évolution par crises des douleurs, leur siège fixe et leur intensité, l'apparition du sang dans le liquide urinaire et ses variations de quantité,

l'aspect trouble de l'urine quand le sang faisait défaut, la persistance d'un bon état général.

En définitive jugeant avoir affaire à un calcul du rein, nous nous résolûmes à intervenir.

16 Octobre 1886. Ouverture du rein, puis néphrectomie à cause d'une hémorragie inquiétante et de la possibilité de l'existence d'une lésion urétérale.

Suites opératoires.

15 Décembre 1886. La malade se porte bien, a engraisé. Jamais plus éprouvé de crises douloureuses. Sang reparu dans urine ; ce liquide toutefois continue à présenter un dépôt muqueux. La marche ne s'effectue plus, le corps penché en avant et à droite, mais dans l'attitude normale. Les mictions s'accomplissent sans exiger l'emploi de la sonde. La malade a repris la profession pénible de tisseuse.

1^{er} Décembre 1887. Maintien de la guérison.

Le rein enlevé ne contenant aucun calcul des lésions sont si peu affirmées que nous n'hésitons pas à affirmer l'intégrité de l'organe enlevé.

OBSERVATION XIX

Cas d'origine névropathique. (Allen. loc. cit.)

Homme de 45 ans, vu le 15 août 1899. Avait déjà eu des attaques semblables à celle qui l'amène. La plus pénible s'était produite il y a deux ans. Rétabli promptement avec morphine.

Cinq jours après début de douleur dans le rein droit, mais peu vive.

A l'heure actuelle, 11 heures du soir, elle est pénible et continue. Elle commence au rein droit, passe au dessous d'une ligne parallèle au ligament de Poupart, se propage dans le scrotum et s'accompagne de rétraction du testicule. Pas de nausées ni d'autres symptômes, sauf une miction un peu plus fréquente avec sensation d'irritation à l'entrée de la vessie.

Morphine (1 grain 1/2 en doses fractionnées). Sommeil obtenu.

Réveil le lendemain matin sans douleur et aussi bien que possible.

N'a plus rien éprouvé depuis.

Jamais une pierre n'a passé par l'urèthre.

OBSERVATION XX

Mac Lane Tiffany. (*Annals of Surgery* 1889, p. 104). (Obs. xxi).
Lancet. 20 avril 1889, p. 775.

M. Anderson a aussi opéré Ellen. T., femme de 24 ans. Cette femme faisait dater ses symptômes de quatre ans avec une attaque d'hématurie accompagnée de vive douleur dans la région lombaire droite et dans l'aîne. La douleur se calma en une heure, mais on aperçut pendant deux ou trois jours des traces de coloration sanguine dans l'urine.

Pendant un mois l'accès revint avec des intervalles de plus en plus courts jusqu'à son entrée. Jamais de passage de calculs. La santé générale commença à baisser peu après le début des attaques douloureuses.

A son entrée elle était dans un état de faiblesse nerveuse très marquée, affaiblie, sans forces, mais non amaigrie. A l'examen on découvre un point de sensibilité profonde sur le côté externe de la région lombaire, au-dessous de la dernière côte. L'urine contenait une abondance de corpuscules. Organes thoraciques et autres sains. Règles régulières.

L'hématurie avec douleur lombaire vive, à courts intervalles, détermine une exploration du rein qui après mise à nu le 12 janvier 1885 fut soigneusement examiné par la palpation et l'acupuncture, mais sans découvrir aucune anomalie.

Plaie cicatrisée en trois semaines. Les deux semaines suivantes le malade ne souffrit pas. Alors rechute avec attaques d'hématurie qui durèrent sept semaines. La malade va chez elle; sa santé commence à devenir meilleure, et avec le rétablissement des forces, les symptômes rénaux devinrent moins fréquents. Leur dernière apparition date de mai 1895.

En août 1888 elle était en bonne santé.

OBSERVATION XXI

Mac Lane Tif. (Loc. cit.) (Obs. xx).

F. J., horloger, 21 ans, observé par M. William Anderson le 16 août 1883 (Lancet 20 avril 1889 p. 776).

Les symptômes remontant à 12 ans suivirent exactement une attaque de fièvres rhumatismales, et furent caractérisés par une douleur subite et aiguë dans les reins, durant environ trois heures. Deux ou trois semaines plus tard un accès revint et se répéta dans la suite avec augmentation de fréquence et d'intensité. Depuis 1884 l'accès s'accompagnait quelques fois de frissons et de vomissements. La douleur s'étendait à l'aîne et parfois au testicule. Passage incertain du sang dans l'urine. Aucune émission de calculs par l'urèthre. Il a cessé ses occupations à cause des attaques douloureuses qui revenaient fréquemment et de sa faiblesse qui allait en augmentant. L'urine contenait de l'oxalate de chaux, des cellules comme celles du pus, parfois des phosphates amorphes, mais pas d'hématies.

Le 1^{er} septembre le rein est mis à nu par l'incision ordinaire. On ne découvre rien à l'inspection ni à la palpation. On fait une petite incision dans le parenchyme, et le doigt est introduit dans le bassin. Les calices sont explorés soigneusement ; on ne trouve rien. On ferme. Hémorrhagie consécutive. Pendant 10 jours hémorrhagie secondaire. Trois jours après retour des premiers symptômes.

Après divers hauts et bas, abcès, etc..., on fit la néphrectomie. Guérison complète.

OBSERVATION XXII

(Mac L. T. obs. XIX.)

W. B. homme, 24 ans entré à l'hôpital par les soins du Dr Shepherd, le 22 juin 1888, avec une douleur vive à la région lombaire gauche, s'irradiant jusqu'à l'aîne et parfois au scrotum gauche.

L'affection actuelle remonte à huit ans, date où le malade fut pris subitement d'une douleur poignante dans la région du rein gauche, l'irradiant le long du trajet de l'uretère jusqu'au scrotum

et à l'extrémité de la verge. Le testicule gauche était fortement rétracté. Le malade dit que son urine a diminué de quantité depuis le début de la maladie, qu'elle est très colorée et qu'elle dépose. Pas de sang ; miction fréquente. A une époque le malade a uriné quelques gouttes, à la fin du second jour de l'attaque, il fut subitement et complètement guéri. Actuellement il jouit d'une bonne santé apparente, dort peu, se plaint de douleurs dans la région du rein gauche, douleur sourde et constante. La position assise, les genoux pliés amène quelque repos. La région malade n'est pas saillante. Une pression profonde amène une douleur vive sur le rein gauche. Urine 1500 grammes par jour. Couleur ambrée, acide, densité 1.026. Légère trace d'albumine, ni bile, ni sucre. Urée excrétée 22 gr. 750 par jour. Douleur et sensation de brûlure à l'extrémité de la verge.

Rein mis à nu par l'incision lombaire ordinaire le 27 juin. Pris à pleines mains on ne sent aucune pierre. Petite incision à la partie inférieure de l'organe. Exploration soignée du bassinet et des calices d'après la méthode de J. Lloyds. On ne découvre rien. On ferme. Cicatrisation rapide. Pendant un jour ou deux après l'opération un peu de douleur. Douleur de nouveau trois semaines plus tard et cette fois la douleur dura 48 heures et disparut subitement.

Le 13 août, le sujet se présente à l'hôpital ; il a engraisé et se sent bien. — (Montreal med. J. vol. XVII. 497. 201).

OBSERVATION XXIII

(M. L. T. obs. XV). — Cas de Lloyd. (Birmingham. Review médical 1886. XX. 168. 171.)

Femme, 29 ans, souffrait d'un calcul supposé. Durée 10 ans. Rein droit malade : douleurs avec élancements après exercice, pas d'hématurie. Pyurie pendant 10 ans. Pas de tumeur apparente. Opération : néphrotomie lombaire. Bassinet exploré avec les doigts sans résultat. Rétablissement. Quitte l'hôpital le 29^e jour sans aucune douleur. 18 mois plus tard, réapparition des symptômes.

Cas aussi mauvais que jamais. (Oper. le 19 décembre 1882.)

OBSERVATION XXIV

(M. L. T. obs. XIII.)

H. H. 44 ans entré à la Royal infirmerie le 1^{er} septembre 1884. Dans les trois dernières années, douleur paroxystique très vive au niveau du rein droit, s'irradiant au testicule droit et à l'extrémité du pénis. La douleur quoique sujette à des exacerbations paroxystiques, reste fréquemment persistante pendant quelque temps. Plusieurs fois il y a eu du sang dans l'urine et une ou deux fois il a noté qu'elle laissait un dépôt sablonneux. Dernièrement il a beaucoup souffert et a eu du tenesme rectal. A son entrée il se plaint de douleur vive au niveau du rein droit et de mictions fréquentes. Urine fortement acide contenant du sang et du pus. Pas de calcul vésical.

Le 25 septembre, chloroforme. Le rein droit est exploré au moyen d'une incision lombaire. Le rein apparaît, augmente de volume, mais on ne trouve rien de net. Une aiguille exploratrice est introduite dans le rein mais sans résultats.

Après l'opération, le malade semble mieux. Douleur très légère. Beaucoup moins de sang et de pus passé dans l'urine. Environ un mois après l'opération il commença à s'écouler une petite quantité d'urine à travers la plaie opératoire. L'écoulement n'avait lieu que dans le décubitus dorsal.

Quand il était debout le pansement restait parfaitement sec et n'avait aucune odeur d'urine. Le 10 novembre il passait encore parfois de l'urine à travers la plaie, mais plus de douleur et seulement parfois une petite quantité de sang dans l'urine, avec trace de pus. Il rentra chez lui et a depuis été perdu de vue. (Lancet, 26 août 1885).

OBSERVATION XXV

(M. L. Tif., Obs. XI).

Malade traité depuis 9 ans dans trois hôpitaux pour calculs rénaux. Symptômes notés : accès de douleur d'intensité croissante sentis dans les lombes et à l'extrémité du pénis. Durant la douleur

il y a des efforts de vomissements pénibles, mais pas de vomissements.

L'urine n'est pas toujours sanglante après l'attaque. Peu colorée au début elle devient de plus en plus sombre et épaisse, ressemblant parfois à du sang pur. Cinq ou six mictions par jour.

Il ne semble pas y en avoir jamais eu davantage. Urine acide, densité 1023. Contient des cristaux d'oxalate de chaux avec des globules blancs et rouges. Ces symptômes datent de trois ans.

Rein mis à nu par une incision lombaire oblique, examiné par le toucher et alors ponctionné dans toutes les directions environ vingt fois avec une aiguille enfoncée profondément. On ne trouve rien. On ferme la plaie qui guérit et pendant plusieurs mois on obtient une amélioration notable. Un peu de sang dans l'urine. Dernièrement la douleur est revenue, mais elle a disparu par un traitement à l'hôpital et le patient fut soulagé. Depuis pas de nouvelles du malade (Lancet, 24 janvier 1885, p. 141.

OBSERVATION XXVI

(M. L. T., Obs. III).

Cas du professeur Motes Guen : Le 16 avril dernier, je fis une opération exploratrice sur un malade du professeur Alin, qui pendant cinq mois avait souffert de symptômes indiquant la présence probable d'un calcul. On ne perdit que peu de sang. On atteignit facilement la face postérieure du rein, ce qui me permit d'examiner avec la main le bassin et l'uretère. Mais nous ne trouvâmes pas de calcul à notre déception.

L'organe semblait recoquevillé et mou. Il ne fut pas lésé. L'opération fut menée à bonne fin. Le patient n'éprouva ni douleur, ni malaise. L'amélioration dura seulement six semaines.

OBSERVATION XXVII

(M. L. T., Obs. II).

Mardi, M. Durham enleva le rein droit à Guy's hospital.

Nous sommes heureux de pouvoir constater que jeudi matin elle était en bonne voie. La malade âgée de 43 ans est celle sur

laquelle M. Durham mit à nu il y a deux ans le rein qui fut enlevé mardi dernier, croyant trouver un calcul dans le bassin et aux environs. On ne trouva rien et le rein paraissait sain, on ferma la plaie. La malade guérit et recouvre la santé, mais la douleur pénible ne disparut pas non plus que l'hématurie et les symptômes qu'elle avait présentés. Jeudi matin elle était dans un meilleur état; aucun signe néfaste. Température normale. Pouls 90, quoique faible, mais pas plus qu'avant l'opération. Douleur bien moindre que ce qu'elle était auparavant.

Je trouve à une date ultérieure; « La malade de M. Durham a succombé. » La première opération fut faite le 3 février 1870.

Le docteur Peters dit dans un article traitant de la deuxième opération: « A l'autopsie les recherches les plus sérieuses ne purent révéler une cause de mort ni quelque chose d'anormal dans le rein gauche, l'uretère ou la vessie. »

OBSERVATION XXVIII

(M. L. Tif obs. XVII)

M. Hulke reçut à l'hôpital le 10 novembre 1884 un tailleur de 19 ans, se plaignant de vive douleur dans le rein gauche. Il dit que la douleur commençait dans les reins, allait dans le testicule qui était remonté et aussi dans la cuisse. Il décrit les douleurs comme poignantes; les attaques l'abattent. La première de ces douleurs eut lieu dit-il il y a 12. Quatre ans plus tard pendant un accès, il remarque pour la première fois du sang dans l'urine, ce qui s'est produit dans une plus récente attaque. A son entrée on ne peut sentir rien d'anormal dans la région lombaire ou dans le ventre. Il avait une forte douleur dans ces parties quand son attention fut attirée ailleurs.

Urine claire et légèrement colorée.

Densité 1016. L'acidité et la quantité moyenne de chaque jour étaient normales.

Le 19 novembre on explore le rein gauche par une incision lombaire. La surface dorsale et ventrale sont examinées par le toucher sans résultat. Le rein est ensuite percé en plusieurs endroits avec une aiguille. On ne trouve rien d'anormal. On ferme

la plaie qui se cicatrise bientôt et le 15 décembre on permet au malade de se lever. Il dit se sentir mieux par instants et souffrir beaucoup à d'autres moments. Les premiers symptômes reviennent et en janvier il quitte l'hôpital désolé de ce qu'on ne lui ait pas enlevé son rein. On ignore ce qu'il est devenu.

Monsieur Hulke émet l'hypothèse que les accidents de ce malade étaient purement névropathiques. (Lancet 26 novembre 1887).

OBSERVATION XXIX

Morris (British méd. J. 1885. p. 314)

Une jeune femme me fut envoyée de Buckingham Shire pour que j'examine son rein.

Elle est revenue deux fois depuis.

Jugeant que ces symptômes étaient hystériques, j'ai refusé, d'opérer.

Elle fut améliorée par un mélange de caramel et d'eau.

OBSERVATION XXX

Cause inconnue (Lancet 1887. T. I. p. 370.)

Jeune homme venu de l'Afrique du Sud avec symptômes marqués de calcul dans le rein droit. M. Marcus Bek à University Collège Hospital, le met à nu et le pique avec des aiguilles, mais ne trouve pas de pierre.

On ferme immédiatement et rapidement.

Pas d'amélioration.

Plus tard, M. Goodlee met de nouveau le rein à nu, l'incise, l'explore soigneusement avec le doigt, mais ne trouve pas de pierre.

Quelques jours après le malade rejette une petite pierre. On peut concevoir quoique cela ne soit pas certain que par une incision abdominale la pierre aurait pu être découverte dans le rein opposé, en supposant qu'il soit possible comme la prétendu M. Thornton qu'un calcul d'un rein puisse produire des coliques dans le coté opposé. Il a vu en passant qu'une masse fibreuse périrénale, considérable avait résulté de la première opération.

OBSERVATION XXXI

Cause inconnue. (M. L. Tif. Obs. I).

Clément Lucas cite le cas suivant :

Homme 43 ans. Colique néphrétique 3 ans auparavant. Depuis un an et demi il urine du sang par intervalle, surtout après avoir pris de l'exercice. Ces attaques d'hématurie étaient ordinairement précédées d'un frisson et suivies d'une douleur dans le côté gauche, avec élévation de température. La nuit avant l'opération, pression avec température 103° Farenheit. Le rein fut mis à nu par une incision lombaire. Il est quelque peu piqueté à sa surface. Il y a là comme des abcès guéris.

Comme on ne trouve aucune pierre, on ferme. La blessure se cicatrise par première intension. Pas d'élévation de température. Douleur et hématurie 15 jours après l'opération, et je ne suis pas pleinement assuré maintenant que nous n'ayons pas laissée inaperçue une petite pierre, quoique les ponctions du rein, d'un pouce et demi, aient été faites en plusieurs endroits.

OBSERVATION XXXII

Cause inconnue. (M. L. Tif., Obs. V.)

Cas de John Duncan.

Homme, 46 ans, Pendant 15 ans, douleur légère dans la région lombaire, douleur qui devient très vive, plus tard.

Diagnostic : Calcul du rein.

Opération : incision lombaire, pas de calcul. L'auteur pense qu'il y a là un calcul, mais si petit qu'on n'a pu le trouver.

OBSERVATION XXXIII

Cause inconnue. (M. L. Tif. Obs. viii).

Femme, 36 ans. Antécédents héréditaires : bons. Beaucoup de douleur en urinant pendant plusieurs années. En 1879, hématurie. Douleur vive dans la région lombaire gauche, sensation de déchirement.

M. Haward, appelé en consultation, la malade souffrant

beaucoup, fit endormir la malade à l'éther. Incision sur le centre de la tumeur, jusqu'au niveau environ de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le doigt, introduit dans la blessure, trouve une cavité sinueuse conduisant en haut. On sent nettement des cloisons dans cette cavité, ce qui indique une dilatation des calices. Ecoulement par pression de lymphe et de liquide sanguinolent, mais pas de pus. On introduit une sonde, mais on ne trouve, ni même on ne sent aucun calcul. Drainage ; le malade meurt peu de temps après, consécutivement à une deuxième opération pour abcès périnéphrétique.

OBSERVATION XXXIV

Cause inconnue. (M. L. Tif. Obs. ix).

M. Lloyd a opéré une femme de 29 ans, mariée, dont la maladie remontait à dix ans.

Caractérisée par douleur atroce et subite de la région lombaire droite avec vomissements. Peu après urine fétide avec un dépôt jaune.

Elle vient trouver le chirurgien en février 1881. Symptômes principaux : douleur lombaire augmentée par l'exercice, urine fétide, mictions fréquentes. Sous l'éther, rien d'anormal dans la vessie, l'utérus, le rectum. Pas de tumeur lombaire. Urine acide contenant du pus.

En janvier 1882 on sentit quelque chose dans la région lombaire droite qui roulait sous les doigts. En même temps douleur vive.

A son entrée, douleur vive dans les reins, s'étendant de l'aîne dans les grandes lèvres et dans la cuisse et augmentant par l'exercice.

Urine légèrement alcaline. Densité 1014. Donne la réaction caractéristique du sang avec le gaïac. Au microscope, triple phosphate, mucus, pus, globules sanguins recoquevillés. Elle devient plus rare et plus mauvaise.

25 *déc.* 1882. Rein mis à nu, suit les mouvements respiratoires. Ne présente aucune résistance. Ponction en trois endroits avec une aiguille à acupuncture. La dernière ponction donne une

sensation de sable. Le rein est ouvert, le bassin exploré avec le doigt ; on ne trouve rien. Petite hémorrhagie qui cesse spontanément et vite. On ferme la plaie. Retour à la santé.

Le 8 mars 1883, la malade va travailler sans douleur, mais l'urine continue à être d'apparence fâcheuse. L'opérateur dit : « quoique l'affection soit, j'en suis sûr, située quelque part entre la vessie et le rein, elle est en dehors des atteintes de toute intervention chirurgicale. » Il ne semble pas évident que l'on ait eu affaire à une pyélite bilatérale.

OBSERVATION XXXV

M. L. Tif. (Obs. xii). Cause inconnue.

Z. R. 23 ans, admis à l'infirmerie royale le 1^{er} juillet.

Il s'était plaint depuis l'âge de 7 ou 8 ans de douleur vive dans l'affection du rein gauche qui survenait presque subitement et se répétait souvent le jour et la nuit. Il y a environ 5 ou 6 ans, il s'écoula une grande quantité de sang dans l'urine après être resté sur une faucheuse. Souvent l'urine était trouble, épaisse et déposait au fond du vase une quantité de matière rouge sablonneuse. A son entrée, douleurs fréquentes dans le rein gauche. Urine acide. Densité 1028, contient un peu de sang et de mucus.

On essaie des traitements internes et externes sans résultats.

Le 7 août 1885, chloroforme. Incision oblique longue d'environ deux pouces. On examine le rein. Aussi loin qu'on peut le voir, il est de volume normal et on ne trouve aucun calcul. Drain ; suture d'argent. Douleur après l'opération aussi marquée qu'avant.

Envoyé en convalescence le 20 septembre 1884 *in statu quo*. (Lancet 22 août 1885).

OBSERVATION XXXVI

(M. L. T. Obs. xiv) Cause inconnue. Cas de Bennett May.

Femme de 23 ans, forte. Antécédents héréd. Calculeux. En 1884, elle est prise subitement de douleur dans le côté droit. Faiblesse, nausées, céphalées fréquentes. Pus dans l'urine, puis plus tard sang. En mai 1885 elle expulse par les voies naturelles un calcul mural de la grosseur d'un pois. Amélioration. Rechute

quelques semaines après plus grave qu'auparavant. Exploration du rein pour trouver le calcul. Incision lombaire oblique. Les recherches sérieuses sont sans résultats. Rein plus gros que normalement, mais sain. La malade est à présent en bonne santé. L'opération a amélioré la malade qui souffre moins. (L'auteur ne dit pas combien de temps.)

(Birmingham, médec. Review 1885.)

OBSERVATION XXXVII

Cause inconnue. (M. L. Tif. Obs. xvi.)

Jeune homme de 14 ans. Douleur par accès dans le rein, l'aîne et le testicule, Attaque d'hématurie trois mois auparavant. Pas de tumeur, pas de pyurie.

Opération. — Incision lombaire le 2 octobre 1882. Rétablissement. Quitte l'hôpital le dix-neuvième jour. Plaie cicatrisée. (On ne dit pas s'il y avait un calcul; on peut supposer qu'il en existait un, mais qu'on ne l'a pas trouvé.)

OBSERVATION XXXVIII

Cause inconnue (M. L. I. obs. XVIII). Cas de Gilbert Barling (Birmingham, méd. review. 1888, XXIV, p. 168).

Homme, 44 ans. Depuis un an douleur dans la région lombaire gauche. Trois mois avant attaque de colique renale avec frissons et vomissements, Pas de sang dans l'urine. Le malade retourne travailler, mais souffre dans le rein gauche. Il est fort et robuste. Le 2 mai autre attaque de colique rénale; passage d'un calcul d'acide urique, long, raboteux et pesant « 12 grains ».

Le 22 août l'auteur découvre une petite inflammation, sensible, dure, le long de l'uretère, juste à l'endroit où il traverse les limites du bassin, inflammation qu'il considéra comme un calcul compact. En décembre elle avait disparu.

Le malade ne pouvant travailler, on conseille l'opération.

Le 24 octobre incision lombaire ordinaire qui fut difficile à cause de la résistance du sujet. Le rein mis à nu on explore avec les doigts sa face postérieure, le bassin, puis la face antérieure. L'organe est gros et très dur. La substance du rein fut

piqué systématiquement sur sa face postérieure et on ne trouva pas de calcul malgré une exploration sérieuse avec un stylet d'argent. Pas de calcul.

Bons résultats opératoires. Abondante hémorragie arrêtée par compression. Suture. Drainage. Rétablissement rapide. Températ. maxima 100° 5 (Fahrenheit). Le patient se lève le 16^e jour. Trois mois plus tard il était presque comme avant l'opération, seulement beaucoup plus faible.

L'auteur pense que le diagnostic était exact, mais que l'on n'a pas trouvé la pierre. Il pense que si on ne trouve pas de pierre dans ces cas cela peut tenir aux trois raisons suivantes :

1. L'incision du rein peut ne pas avoir porté sur le bassinet.
2. Il se peut que le calcul ait passé dans la partie supérieure de l'uretère.
3. La cause de l'échec peut être à l'existence d'un double bassinet. On en a cité plusieurs exemples curieux.

OBSERVATION XXXIX

(Mac. L. Tif. Obs. VII) Cas de Le Dentu. (Bulletin thérap. 1881, 101, p. 343).

M. X..., âgé de 65 ans avait eu à plusieurs reprises et surtout depuis trois ans des attaques de coliques néphrétiques, et ces crises douloureuses n'avaient abouti qu'à l'évacuation par l'uretère d'un peu de sable urique très fin. Jamais un gravier même de faible dimension n'avait été éliminé.

Les coliques avaient toujours siégé à gauche. Depuis plus de six mois, des douleurs continues occupant le même côté, accompagnées de menaces incessantes ou très fréquentes de colique néphrétique empoisonnaient l'existence du malade après lui avoir rendu impossible l'exercice de sa profession.

M. Le Dentu l'examine le 8 octobre : Etat suivant : obligé de garder le lit et de se tenir étendu sur une chaise longue. Toutes les fois qu'il se levait, la marche réveillait immédiatement ses souffrances. Il ne pouvait faire quelques pas qu'en se tenant fléchi en avant. Les douleurs étaient donc continues et exaspérées par les mouvements.

Le rein gauche paraissait plus volumineux que le droit.

La percussion sur la région correspondante au rein gauche réveillait les souffrances. Les mêmes parties étaient sensibles à la pression, mais moins.

Opération du 8 octobre : Mise à nu du rein ; piqures (4 ou 5) au bout desquelles on perçoit une sensation de rencontre avec une pierre. Alors débridement au thermo-cautère, pas de calcul.

Suites opération favorables : Au commencement de Décembre aucune douleur de la région lombaire. Peut se promener droit. Persistait seulement un point douloureux peu gênant d'ailleurs dans la fosse iliaque, et ayant tendance à s'atténuer de jour en jour, En réalité, guérison.

M. Le Dentu attribue surtout son succès à l'incision de l'enveloppe propre du rein.

A tel point qu'il affirme être décidé à faire de ce débridement le but principal de l'opération s'il se trouve encore en présence des mêmes conditions.

OBSERVATION XLI

Rein mobile. (M. Tuffier. Extrait de semaine med. 1891. Formes cliniques et diagnostic du rein mobile).

« La forme douloureuse du rein mobile est celle que vous rencontrez le plus souvent, c'est la forme classique, à ce point que vous verrez les observations portant l'étiquette presque constante : rein flottant douloureux. Nous en avons un exemple bien remarquable chez cette femme que j'ai opérée le 15 juillet dernier. Elle poussait brusquement et de toutes ses forces une voiture ; elle tomba et elle ressentit à ce moment précis un craquement, une sorte de déchirure dans le flanc droit. A dater de ce jour la région devint et resta douloureuse... »

Chez cette femme la douleur est typique ; c'est à propos de la station verticale et du mouvement qu'elle se manifeste. Elle est permanente avec exacerbations ; c'est une pesanteur, une densation de tiraillement qui occupe le flanc droit, descend le long de l'uretère vers la vessie ou les membres inférieurs. Au moment des accès douloureux, elle acquiert une intensité telle, elle s'accom-

pagne d'une fréquence si grande des mictions que la patiente nous était donnée comme atteinte de colique néphrétique.

OBSERVATION XLII

Hydronéphrose. (Bruce Clarke. — *Lancet* 1891. II. p. 984).

J. P. 22 ans a eu plusieurs attaques de coliques rénales. La veille de son admission, il fut pris d'une vive douleur dans la région rénale avec irradiations. Aggravation. Il était « pris entre deux feux par la douleur et eut plus d'une fois des faiblesses. »

Grande sensibilité de la région rénale et autant que l'on pouvait en juger augmentation de volume du rein. Le malade se couche ; on lui donne de l'opium, puis une injection de morphine. Un cataplasme de farine de graines de lin fut mis sur la partie malade. Après quelques jours de repos la douleur avait disparu ainsi que la tuméfaction. On lui permit alors de se lever pour voir s'il aurait une seconde attaque. Il resta à l'hôpital jusqu'au 22 novembre et n'eut qu'une légère menace d'attaque, sans attaque consécutive.

15 Décembre. — Rentre avec une autre attaque de vive douleur. Il en avait eu une autre depuis qu'il avait repris son travail. Le rein était manifestement très augmenté de volume au moment de l'attaque.

2 Janvier 1891. — Ethérisation. Incision parallèle à la dernière côte et immédiatement au-dessous d'elle le rein est atteint facilement. Il est très dilaté, mou et mobile. L'uretère est isolé ; on y passe un catgut jusque dans la vessie pour s'assurer qu'il n'est pas obstrué. Puis incision du rein dilaté. Il ne reste que peu de substance rénale. Elle a été presque totalement absorbée par la pression. En définitive c'est une simple coquille. Comme on ne trouve aucun calcul, le rein est enlevé. L'uretère est lié à deux pouces au-dessous du rein. Les vaisseaux forment le pédicule qui est maintenu avec de la soie bouillie trempée dans l'acide phénique à 1/20. Suture de la plaie. L'uretère est maintenu à la partie inférieure de l'incision.

4 Janvier. — Pansement. On ôte le drain. Peu ou pas de douleur depuis l'opération. L'autre rein fonctionne bien.

On ne panse pas pendant plusieurs jours. La plaie se cicatrise sans aucun trouble sauf une petite ouverture qui ne se ferma qu'à la sortie de l'hôpital le 4 février.

Vu au mois de juillet. Allait aussi bien que possible et n'a plus souffert.

OBSERVATION XLIII

Pyonéphrose. (Observation inédite due à l'obligeance de M. Tuffier).

Résumé

D. S..., entré à l'hôpital Beaujon le 15 mars 1893.

Antécédents héréditaires : Grand-père opéré de la pierre ; cousin-germain atteint de gravelle.

Antécédents personnels : Chute sur les reins il y a cinq ans, mais pas suivie d'accidents.

Maladie actuelle. — Début remonte à 1890 à la suite d'un accouchement. Elle est sondée pendant sa couche qui s'était passée normalement, et à la suite de cette manœuvre, apparaissent des accidents de cystite (mictions fréquentes, douloureuses, urines troubles). Au mois d'août 1892, ces troubles qui étaient peu intenses, s'exagèrent et elle est traitée pour une cystite, quoi qu'en réalité son rein fut déjà pris. En effet, dès ce moment, douleurs violentes du côté droit, spontanées et provoquées par l'exploration du flanc et urines rares et franchement purulentes. La malade est obligée de garder le lit presque constamment jusqu'à son entrée à l'hôpital. Elle maigrit beaucoup et a toujours de la fièvre.

A un certain moment elle paraît avoir de petites débâcles urinaires qui s'accompagnent de la disparition des douleurs. Mais jamais une crise intermittente typique.

Etat actuel. — Du côté droit, tumeur lisse, régulière et fluctuante avec tous les caractères anatomiques d'un rein distendu (siège dans la fosse lombaire ; matité avec sonorité côlique en avant, etc...). La tumeur est grosse comme une tête de fœtus et douloureuse. Douleurs spontanées et provoquées, sur place et à distance.

Urines peu abondantes ; (8 à 900 grammes), franchement

purulentes et uniformément troubles. Le rein du côté opposé paraît atteint, car il y a des douleurs spontanées du côté gauche, quoique le rein ne soit pas senti. *Douleurs dans le trajet de l'abdomino-génital* gauche. Enfin il n'y a pas dans les urines une couche superficielle claire.

Etat général mauvais. Amaigrissement considérable. Température, 37°. Mais vers 9 à 10 heures du soir, tous les jours frissons et élévation de température. Pas de tuberculose.

Opération le 24 mars 1893. — Néphrotomie. Le rein droit est extrêmement distendu par du pus franchement phlegmoneux.

On trouve plusieurs poches qu'on ouvre successivement. Il y a bien 1/4 de litre de pus. ., etc.

OBSERVATION XLIV

Pyélite. (M. L. Tif. observation IV).

Homme, 36 ans. Antécédents héréditaires bons. En octobre 1870, hématurie, douleur vive dans la région lombaire droite, pyurie, albumine. Diagnostic : calcul et pyélite.

Néphrectomie avec extirpation possible du rein si on la jugeait utile.

Le 16 mai 1872 le malade est endormi à l'éther. Incision lombaire. Pus dans le rein ouvert, mais pas de calcul. A cause de la désagrégation étendue du rein on l'enlève, Le malade meurt.

19 mai, autopsie ; aucun calcul du rein.

OBSERVATION XLV

Kyste hydatique. (L. de Beurmann, Archives génér. de méd. Paris, 1882, pages 470, 474).

Eugène R..., âgé de 36 ans, entre le 9 juillet 1881 à la Pitié.

Antécédents héréditaires inconnus.

Antécédents personnels : Tuberculose pulmonaire.

Le malade nous avait parlé à plusieurs reprises de douleurs violentes qu'il avait éprouvées à différentes reprises dans la région lombaire, principalement du côté droit et de troubles de la miction qui suivaient d'habitude ces crises douloureuses ; mais nous avions attaché peu d'importance à son récit. Un matin il

nous raconta qu'il avait eu dans la nuit une de ces crises. Dans la nuit il avait commencé à ressentir des picotements à l'extrémité de la verge, puis une douleur intense, compressive, dans la région lombaire droite ; en même temps il avait cru remarquer dans le même point une tuméfaction diffuse. La douleur prit bientôt le caractère intermittent de la colique, elle devint tordante, térébrante, et s'accompagna d'irradiation vers la vessie, la cuisse, le testicule droit qui était rétracté vers l'anneau inguinal. Au bout de quelque temps la douleur dont le maximum semblait se déplacer de haut en bas, diminua rapidement en changeant de caractère.

Le malade qui avait uriné plusieurs fois depuis le commencement de la crise, fut pris d'un besoin d'uriner impérieux et très douloureux, mais ne put expulser la moindre goutte d'urine ; enfin après de grands efforts, suivis de vomissements, il rendit par le méat un corps oblong transparent, qu'il compara à une capsule de thérébentine et qu'il ne conserva pas.

En 1872, pour la première fois, il avait eu des accidents du même genre et avait rendu aussi des vésicules ovales et transparents ; depuis un moment il avait eu des crises semblables de temps en temps, à intervalles irréguliers.

3 semaines après la dernière crise, même accident : expulsion de deux vésicules conservées. Examen microscopique vésicule hydatique. Il s'agissait donc de coliques néphrétiques causées par l'expulsion de vésicules hydatiques à travers l'uretère, la vessie et l'urethre. Il était impossible de supposer que ces hydatiques eussent été déversées dans la vessie ou dans l'uretère. Il fallait donc qu'elles vinssent du rein lui-même.

Depuis de nouvelles crises ne se montrèrent point.

Examen. — Le flanc droit était peut être le siège d'une tuméfaction et d'une rénitence profonde, sans aucune douleur particulière à la pression ou à la percussion.

Urine normale.

OBSERVATION XLVI

Kyste hydatique. — (Schell. Marseille méd. XXVIII, 129-131.)

Il s'agit d'une femme chez laquelle le diagnostic était resté

longtemps obscur et que l'on avait failli envoyer à Contrexeville pour des calculs rénaux. Femme âgée de 38 ans, habitant Marseille où elle exerce la profession de modiste.

C'est vers le mois de Juillet 1889 qu'elle éprouve les premiers signes de l'affection en question. Elle ressentait du côté du rein gauche des douleurs sourdes qui offraient des exacerbations violentes et des irritations diverses pour peu que la malade se fatiguât.

La position horizontale amenait une grande sédation. Les irradiations se faisaient d'une manière très marquée sur l'aine et la grande lèvre gauche, on crut à de la lithiase rénale jusqu'au jour où dans les urines apparurent des petits globules à enveloppes transparentes et à contenu translucide qui permirent de rectifier le diagnostic. C'est en Octobre 1889 que se produisit l'émission de corps anormaux. Une crise violente de douleurs était survenue avec névralgies irradiées dans l'aine suivant le trajet de l'uretère, au bout de 6 jours à la suite de pollakiurie et de strangurie la malade eut la sensation de la présence de corps étrangers dans le canal et dans un effort de miction elle émit ces globules, dont j'ai parlé, semblables à des perles de dimensions différentes ainsi que des lambeaux de membranes d'un blanc mat. Après quoi les douleurs cessèrent. Elles reprirent 3 mois après avec le même appareil symptomatique.

Enfin en Mai il se produisit une nouvelle décharge. Expulsion nouvelle de membranes et globules. Examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un kyste hydatique.

Ces kystes viennent évidemment du rein gauche. Celui-ci a triplé de volume. La surface est bosselée ; il est douloureux au toucher. Il est dès lors hors de doute que c'est en ce point que se trouvent les kystes. Les crises néphrétiques se rattachent évidemment au passage des membres et des petits kystes dans le canal urétéral gauche.

L'examen des autres organes a été négatif, si bien qu'on peut affirmer la localisation exclusive des kystes au seul rein gauche.

OBSERVATION XLVII

Fibrôme du rein droit. — Observation inédite due à l'obligeance de M. Tuffier et extraite d'un mémoire qui doit être lu à l'Académie.

Mlle R..., 4 ans, employée du Crédit Foncier m'est adressée par M. le Docteur Lafont au mois de Juillet 1894 pour des accidents douloureux de la région lombaire droite. C'est une femme assez grande, maigre, dont la santé avait été parfaite avant une attaque grave de choléra qu'elle subit en 1884. Elle avait présenté avant cette époque quelques névralgies qui jointes à un état très impressionnable peuvent la faire ranger dans le cadre des neurasthéniques. Après la guérison de ses accidents cholériques elle eut une longue période de convalescence pendant laquelle apparurent des signes de dyspepsie qui s'est progressivement améliorée mais dont elle se ressent encore actuellement.

Au mois de mai 1894 elle fut prise brusquement d'une crise douloureuse dans le flanc droit. Les antécédents dyspeptiques, le début brusque, l'intensité, la marche cyclique de l'accès firent penser à une colique hépatique ; mais les accès suivant s'étant accompagnés d'oligurie on porta le diagnostic colique néphrétique. L'étude de la quantité des urines émises montra des alternatives de polyurie et d'oligurie, mais on ne trouva jamais ni sang ni calcul.

Ces accès d'abord intermittents laissaient des intervalles d'indolence complète pendant plusieurs jours, mais dès le mois de juillet ils s'accompagnaient d'un tel état d'endolorissement de tout le flanc droit dans la station debout que la malade dut abandonner son travail. C'est à ce moment que je la vis. Je trouve le rein droit abaissé prolabé dans ses 2/3 inférieurs, mobile, légèrement augmenté de volume, indolent. Le trajet de l'uretère n'est le siège d'aucune douleur dans son trajet abdominal ni dans sa partie accessible par le vagin.

Les urines sont normales. L'utérus et les annexes sont indemnes. Je pense d'abord qu'il s'agissait d'une rein mobile avec accès douloureux et je prescrivis le port d'une ceinture à pelote rénale et

comme l'état général ne paraît pas bien brillant et que la malade est certainement neurasthénique j'ordonne un traitement tonique : frictions sèches, douches, etc... D'abord diminués par cette thérapeutique les accès douloureux reparaissent vers la fin d'août, et en septembre la malade réclame une intervention, je ne crus pas devoir accéder à son désir et je fis modifier son appareil prothétique et j'y joignis du massage. Cette nouvelle tentative n'eut pas plus de succès que la première et cependant elle fut conduite pendant 2 mois.

Ayant remarqué pendant ce temps que le rein augmentait certainement de volume pendant les crises j'acceptais de tenter une intervention qui se limiterait à une fixation opératoire à moins qu'au cours de l'opération, je ne trouve au niveau du rein une lésion spéciale.

Le 3 novembre avec le concours de MM. Bresset et Huber et de M. le docteur Laffont je pratique une incision lombaire de 15 centimètres suivant une ligne oblique représentant la bisectrice de l'angle de la 12^{me} côte avec la masse sacro-lombaire.

J'aborde facilement le rein qui est un peu abaissé. J'explore méthodiquement les 2 faces et son bord convexe. Il est augmenté de volume, flasque et légèrement distendu. Sur la face antérieure, au voisinage du hile je sens un corps arrondi, dur, ligneux ressemblant à un calcul du bassinet recouvert de parties molles.

La tumeur fait corps avec le parenchyme du rein dont elle soulève en partie la capsule. Le parenchyme rénal est incisé. La tumeur est énucléée, L'incision rénale suturée ainsi que les divers plans de la région.

Suite d'opération nulles. La malade se lève le 25^e jours. Depuis son opération, aucun accident douloureux, a repris sa place et le 25 février 1895 elle était en bonne santé.

L'examen microscopique révéla que la tumeur était constituée par du tissu fibreux et des nodules de tissu lymphatique réticulé et d'une infiltration diffuses de cellules lymphatiques.

OBSERVATION XLVIII

Adénome végétant du rein droit. (Due à l'obligeance de M. Tuffier, extraite, comme la précédente, d'un mémoire pour l'Académie.

Gl... Marse, 44 ans, repasseuse, entre le 26 décembre 1894, salle Huquier, n° 7, hôpital Beaujon.

Femme robuste à teint coloré, sans embonpoint notable, qui se plaint de douleurs vives dans la région lombaire droite. Rien de son passé n'explique ces accidents. Elle a eu 6 enfants dont le dernier est âgé de 12 ans, et ses couches n'ont rien présenté de spécial.

Elle était en bonne santé, il y a six mois, quand elle commence à ressentir un endolorissement dans les lombes. D'abord assez diffuses, les souffrances se localisèrent nettement sous les fausses côtes droites, *avec irradiation dans le côté droit de l'abdomen et la cuisse correspondante*. Elles s'accroissent par la station debout, et depuis six semaines elles deviennent si violentes qu'elles obligent cette femme à quitter son travail et à rester étendue dans le décubitus dorsal.

Elle fut traitée médicalement et méthodiquement.

Ces divers accidents ne rappelait franchement ni la colique hépatique : pas d'ictère, repos calme les douleurs ; ni la colique néphrétique, il existait une fréquence de mictions et des irradiations crurales, mais sans aucun trouble antécédent dans les caractères physiques ou chimiques de l'urine.

La palpation de région lombaire droite révèle la présence d'une masse irrégulièrement arrondie, à grand axe vertical, mobile et ballotante au palper bimanuel.

Percussion et palpation permettent de reconnaître dans cette masse, en apparence unique, deux parties : l'une antérieure, face antérieure du foie hypertrophié et abaissé, l'autre postérieure ; rein abaissé, augmenté de volume et paraissant irrégulier à sa partie inférieure.

Diagnostic discuté. Divers médecins tenaient pour tumeur hépatique.

M. Tuffier tenait pour lésion rénale. Cependant, il accepte

de faire la concession de pratiquer une simple boutonnière sous-hépatique exploratrice.

27 décembre 1894. — On pratique une boutonnière latérale sous-hépatique qui permet d'explorer la face inférieure du foie, la vessie et le rein :

Glande hépatique et annexes indemnes.

Rein mobile et extrémité inférieure présente une induration irrégulière dont la nature ne peut être précisée. Incision lombaire. Mise à nu du rein turgescent, congestionné, légèrement augmenté de volume.

Au niveau du 1/3 inférieur induration granuleuse irrégulière, dimensions d'une amende.

Ablation de la tumeur par néphrectomie partielle après compression digitale du pédicule. Suture de plaie rénale ; fixation du rein et suture de la paroi.

Aucune suite d'opération. Le 25 janvier la malade quitte l'hôpital. Depuis sa sortie jusqu'à l'heure actuelle aucun accident, pas la moindre douleur ni le moindre accident local ou général.

La tumeur était un adenôme végétant qui rappelait par sa structure les kystes de l'ovaire :

OBSERVATION XLIX

Cancer du rein droit. Résumé. (Thèse de Guillet, Paris 1888, Obs. XVII).

M. X., âgé de 64 ans, vie très active, antécédents nettement goutteux.

Au mois de janvier 1887, première hématurie. Le 20 mars, deuxième hématurie, *précédée d'un accès de colique néphrétique et suivie de l'expulsion de caillots vermiciformes.*

Dépression des forces, amaigrissement notable survenu depuis deux ou trois mois.

Etant de passage à C..., M. Quenu est appelé auprès du malade ; diagnostic : tumeur maligne du rein droit.

Le 4 mai 1887, consultation avec M. le professeur Guyon

qui confirme le diagnostic, et en raison du mauvais état général juge l'intervention opératoire contre-indiquée.

Le malade a été perdu de vue.

OBSERVATION L

Tuberculose rénale. (M. Tuffier, *Annales des maladies génito-urinaires*, 1893, p. 496).

Il s'agit d'un homme de 37 ans qui a présenté pour la première fois, il y a 8 ans, 6 ans et 2 ans, des accès de coliques néphrétiques, déclarés tels par plusieurs de nos collègues et de nos maîtres. L'accès était franc, douleurs lombaires gauches, irradiation le long des cordons et de la cuisse, paroxysmes arrachant des cris au malade, fréquence de mictions, durée de 12 à 36 heures, rien n'y manquait, sauf l'expulsion d'un gravier. Or, je viens d'examiner le malade atteint d'une orchite tuberculeuse gauche très nette et indiscutable ; son urine, examinée deux fois par M. Jacquet et Hallé contient des bacilles caractéristiques ; ce liquide n'est d'ailleurs aucunement purulent ; il est acide et ne contient pas de cristaux phosphatiques. Le rein n'est pas augmenté de volume, il n'est le siège d'aucune douleur ; l'examen de l'uretère est négatif et il ne présente aucun des signes de la tuberculose rénale à forme douloureuse et sans rétention.

OBSERVATION LI

Tuberculose rénale. M. Tuffier (*Archives générales de méd.*, 1892, 169, p. 704). Résumé

M^{me} H..., 28 ans, est une femme grande et forte, ne présentant aucune apparence de tuberculose. Elle nous a été amenée une première fois en 1890, par M. le Dr Parmentier, pour des accidents de coliques néphrétiques qui n'ont fait que s'accroître depuis cette époque.

Antécédents : Tuberculose pulmonaire chez une sœur il y a quinze ans ; tous les autres membres de sa famille, ascendants et collatéraux, sont en parfaite santé.

Réglée à 14 ans. Accouche à 22 ans d'un enfant qu'elle a nourri.

C'est au commencement de 1889 que commencèrent les premiers symptômes de la maladie actuelle.

Envies d'uriner fréquentes, impérieuses, se répétant toutes les deux ou trois heures. Traitement médical calme ces phénomènes.

En novembre 1889, nouveaux accidents imputables au rein gauche : véritables coliques néphrétiques. Elles débutent dans la région lombaire, s'irradient dans le flanc et dans l'aîne, acquièrent une intensité assez vive pour immobiliser la malade, le corps en flexion ; elles s'accompagnent de vomissements répétés. Après une ou deux heures de souffrances, brusquement la douleur cesse. C'est en général vers 4 ou 5 heures du soir que ces accidents éclatent ; ils ne sont pas suivis de polyurie ni d'évacuation de pus. Les crises se répètent tous les quinze jours, toutes les 3 semaines ; elles surviennent sans aucune cause appréciable ; en tous cas elles ne sont influencées ni par la marche ni par la fatigue.

En avril 1890, M. Parmentier constatait déjà une légère augmentation de volume du rein gauche, des urines muco-purulentes ; sans gravelle ; la malade avait un peu maigri, si bien qu'il portait le diagnostic de tuberculose réno-vésicale. En septembre de la même année, je constatai avec lui cette augmentation de volume du rein, mais les phénomènes de cystite avaient en grande partie disparu. En revanche, par le toucher vaginal, je sentais l'uretère gauche un peu plus volumineux et sensible à la pression ; il n'y avait jamais eu de traces de sable dans les urines. Je pensai à une tuberculose du rein, et je prescrivis un traitement général dont l'huile de foie de morue et l'hygiène alimentaire formaient la base. L'examen du dépôt muco-purulent de l'urine n'avait fait constater aucune trace de bacilles.

Plusieurs mois se passèrent sans aggravation bien notable, mais sans amélioration.

Vers le commencement de février, une de ces crises se compliqua d'une légère hématurie. Puis les crises douloureuses

augmentèrent si bien que tous les 12 jours la malade était arrêtée par ses accès douloureux, véritables coliques néphrétiques.

Sous cette influence l'état général fléchit un peu et vers le commencement de décembre, M^{me} H... venait réclamer une opération qui put la débarrasser de ses douleurs. Je constatai alors que le rein gauche était augmenté de volume. Après avoir essayé des hypnotiques divers pendant un mois, je me décide à opérer le 25 janvier 1892.

Néphrectomie. Drain. Pas de suites opératoires. Depuis l'opération, la malade est restée complètement guérie de ses douleurs, et a repris ses travaux habituels. Urines claires.

L'examen du rein pratiqué par M. Parmentier montre une tuberculose diffuse dans toute l'étendue de la glande et plusieurs petits foyers de ramollissements, dont l'un, situé à l'extrémité d'une pyramide, est sur le point de s'ouvrir. Le bassin est absolument intact, il n'est pas distendu et n'offre pas traces de lésion tuberculeuse appréciable à l'œil nu ou au microscope.

OBSERVATION LII

Tuberculose rénale. (M. L. T. obs. X)

Cas de Clément Lucas.

Opération exploratrice pour un calcul rénal, par incision lombaire. Pas de détails sur l'opération, ni sur les symptômes qui amenèrent à la faire.

Aucun calcul. Cicatrisation rapide. Le patient s'améliora et attribua cela à l'opération qu'il avait subie. Six mois après on le soigna pour une phtisie.

Lucas pense qu'il avait un rein tuberculeux. (British. med. J. septembre, 29. 1883).

OBSERVATION LIII

Syphilis du rein ? (M. L. Tiffany, observation de l'auteur.)

Madame Frs. 49 ans, mariée, me consulta en décembre 1888 pour une douleur vive dans la région lombaire droite.

Elle avait eu des rapports sexuels avec beaucoup d'hommes,

avait eu de la gonorrhée, de la syphilis, un abcès du bassin qui s'ouvrit dans le vagin, et dont le pus s'écoula continuellement pendant deux ans, écoulement qui s'est calmé depuis quelques années. Bonne santé apparente.

Il y a trois ans, elle ressentit dans la région lombaire droite une douleur subite et sans prodrome, très intense, et qui se passa vite ; on la supposa due au passage d'un calcul dans l'uretère. Jusqu'à ce qu'elle vint me voir, l'intervalle des attaques devenant progressivement moindre et les accès plus douloureux, la malade se décida à obtenir une amélioration par quelque sacrifice ou en se soumettant à une opération. Les traitements de toutes sortes avaient échoué sans amener d'amélioration définitive. On essaya la morphine en injection hypodermique pendant l'accès et dans l'intervalle des attaques on eut recours aux granules de morphine, aucun calcul n'avait été rejeté, à de rares intervalles on avait vu du sang dans l'urine. Vessie un peu enflammée. Selles régulières ; appétit bon. Sommeil irrégulier,

Un accès survient soudain, toujours dans la région lombaire droite, se rapportant à un point intermédiaire entre le bassin et les côtes. La douleur déjà gagnait la ligne médiane du corps et en bas s'étendait à la vessie, à l'aîne du côté droit.

Pression du rein droit douloureuse. On ne sent aucune tumeur. Une ou deux fois les vomissements ont accompagné l'accès. Urine légèrement acide. Densité 1022. Contient des globules de pus et quelques globules rouges. Aucune élévation de température pendant l'attaque. La division de la capsule semblait indiquée.

Le 12 janvier 1889. — Je découvris le rein par l'incision lombaire. Je le trouvai franchement mobile avec la respiration.

Tissu périnéal sain. Cicatrice étoilée, profonde sur le bord externe du rein à deux pouces environ du bord inférieur. Cette cicatrice est fibreuse et dure. Aucune autre anomalie. On passe une aiguille à travers la cicatrice et aussi à travers le rein, mais on n'obtient aucun renseignement. Une fine ponction fut faite dans le bassin à la partie inférieure, une sonde introduite sys-

tématiquent dans chaque calice (méthode de Lloyd). Cette exploration n'apprit rien.

La capsule est alors ouverte sur une longueur de trois pouces, l'incision passant de côté de la cicatrice profonde. Les bords de la capsule se rétractent largement, ce qui me fait penser qu'il existait une certaine tension. On ferme la plaie. Pansement antiseptique. Durant les premières vingt-quatre heures; écoulement d'urine sanguinolente, puis claire. Aucun écoulement par la plaie lombaire. Dans la deuxième nuit, la malade déplace le pansement que je trouve le bandage entre les épaules, la plaie en contact avec le lit. Heureusement la partie la plus profonde de la blessure était cicatrisée. Il n'y avait qu'une légère suppuration qui cependant nous ennuya.

Trois semaines après la douleur était apaisée et la malade craignait moins les anciennes attaques. Cette crainte n'était pas fondée, car bien qu'il y eut quelque douleur dans les lombes après la cicatrisation complète, cette douleur diminua d'intensité et la malade put reprendre ses occupations habituelles, faire de l'exercice et vaquer aux soins du ménage. Elle partit à la campagne au printemps. Il ne s'est pas écoulé assez de temps depuis l'opération pour que l'on puisse dire avoir obtenu une guérison ; mais l'amélioration fut si marquée et si immédiate qu'on peut considérer comme possible un résultat favorable et définitif.

J'incline à croire que la forte cicatrice étoilée dont la dépression centrale était aussi grande que l'extrémité de mon petit doigt résultait d'une gomme et qu'elle causait la compression de la substance rénale.



CONCLUSIONS

1° Un grand nombre d'états pathologiques autres que la lithiase rénale peuvent donner naissance à la colique néphrétique.

2° Le mécanisme de la douleur s'explique dans ces cas soit par une oblitération de l'uretère, soit par un phénomène réflexe, par une congestion des nerfs, ou par la manifestation d'une névrose.

3° Le diagnostic des pseudo-coliques néphrétiques repose sur l'examen des autres symptômes qui accompagnent la crise douloureuse. Facile dans un certain nombre de cas, il sera particulièrement délicat dans beaucoup d'autres.

4° Le traitement des pseudo-coliques néphrétiques doit être celui de la maladie causale.

Quand toute cause échappe et que l'on se trouve en présence d'un état purement névropathique, après insuccès d'un traitement médical approprié et longtemps con-

tinué on peut intervenir chirurgicalement pour pratiquer l'exploration du rein, simple ou avec acupuncture.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILAUD.

Vu par le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1768. **Sauvage**. — Nosolog. method. in-4. Amstelodanie, t. II. p. 112.
1768.
1769. **Sydenham**. — Opéra t. I. p. 278. Genève 1769.
1817. **Alibert**. — Nosolog. Natur. t. I. p. 210. in-4. Paris 1817.
1829. **Strambio**. — Journ. des progrès, 1829, t. I. p. 253.
1822. **Boyer**. — Maladies chirurgicales. Paris 1822, t. VIII. p. 493.
1830. **Teale**. — Edimb. méd. and surg. J. t. xxxiii, p. 433 ; 1830.
- Chopart**. — Maladies des voies urinaires, t. I. p. 257. Paris 1830.
1841. **Rayer**. — Maladies des reins, t. III. p. 599. Paris 1841.
1851. **Sandras**. — Traité des maladies nerveuses, t. II. Paris 1851.
1860. **Texier**. — Monit. des sciences méd. et pharm. 1860, p. 121
et 131.
- Laboulbène**. — Des néphralgies viscérales. th. agrég. Paris
1860. p. 74.
1875. **Lécorché**. — Traité des maladies des reins. Paris 1875. p. 578.
1876. **Maurice Raynaud**. — Des crises néphrétiques dans l'ataxie
locomotrice. Arch. gén. méd. 1876.
1878. **Mathews Duncan**. — Aching Kidney. Méd. times. 16 nov. 1878
et 8 mars 1878.
1882. **L. de Beurmann**. — Archives générales de méd. Paris 1882.
470. 474.

1885. **Morris.** — British méd. J. 1885. p. 341. Med. and surg. trans. 1885. p. 69.
 Kirkham. — Medic. times 85. t. I; p. 443.
1887. **Harrisson Younge.** — Brit. méd. J. septembre 1887. p. 675.
 Goodlee (Lancet 1887. T. I. p. 370.
 Bruce Clarke (Discussion of the nephrotomy.
1888. **Thiriar.** — Rev. de chirurgie. p. 105.
 Guillet. — Thèse de Paris 1888.
 Ralfe. — British medic. J. 1888.
1889. **Mac Lanc Tiffany.** — Annals of surgery 1789. p. 104.
 Sabatier. — Revue de chirurgie 1889. p. 62.
1890. **M. Tuffier.** — Archives générales de médecine (rein mobile et néphropexie). Janvier 90.
 J. Cyr. — Archives générales de médecine 1890.
1891. **M. Tuffier.** — Sem. médic. 16 septembre 1891.
 Schell. — Marseille médic. 1891. xxviii. 129. 131. Coliques néphrétiques par kyste hydatique.
 Allen. — Cases of renal colic. Boston medic. and surg. J. 1891. T. 121. p. 627.
 Bruce Clarke. — Lancet 1891. T. II; p. 984.
 M. Legueu. Annales génito-urinaires 1891, p. 564; 631; 778.
1893. — **M. Tuffier.** — 1^o Semaine médic. n^o 61. 25 octobre 1873. (Des pseudo-coliques néphrétiques).
 2^o Annales génito-urinaires 1893. p. 495.
1894. **Navarro.** — Th. de Paris 1894.

